UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 N° 53

LE SCHEMA CORPOREL EN PATHOLOGIE MENTALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 1950

PAR

Didier NEUVÉGLISE
Né le 30 Décembre 1920, à Chaumont (Haute-Marne)

Examinateurs de la thèse	MM. PERRENS, professeur	*Président*
	DELMAS-MARSALET, prof.	*Juges*
	BERGOUIGNAN, agrégé	
	LEVY, agrégé	

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1950

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Nom du Candidat : **NEUVEGLISE.**

Prénom : **Didier.**

Date de soutenance : 6 mars 1950.

Numéro d'ordre : 53.

NEUVEGLISE (Didier). -Le schéma corporel en pathologie mentale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1950, *in*-8°, 96 *p.*

(*Thèse Médecine* (*Etat*), *Bordeaux,* 1950, *N°* 53).

NEUVEGLISE (Didier). -Le schéma corporel en pathologie mentale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1950, *in*-8°, 96 *p.*

(*Thèse Médecine* (*Etat*), *Bordeaux,* 1950, *N°* 53).

NEUVEGLISE (Didier). -Le schéma corporel en pathologie mentale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1950, *in*-8°, 96 *p.*

(*Thèse Médecine* (*Etat*), *Bordeaux,* 1950, *N°* 53).

NEUVEGLISE (Didier). -Le schéma corporel en pathologie mentale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1950, *in*-8°, 96 *p.*

(*Thèse Médecine* (*Etat*), *Bordeaux,* 1950, *N°* 53).

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950

N° 53

LE SCHEMA CORPOREL EN PATHOLOGIE MENTALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 *mars* 1950

PAR

Didier NEUVÉGLISE

Né le 30 Décembre 1920, à Chaumont (Haute-Marne)

Examinateurs de la thèse :

MM. PERRENS, professeur — *Président*
DELMAS-MARSALET, prof. — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé — *Juges*
LEVY, agrégé — *Juges*

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1950

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen Honoraire : M. R. DUPERIE

Doyen : M. PARTMANN

Assesseur : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	DUPERIE, CREYX
Clinique chirurgicale	MASSE, PAPIN
Clinique d'accouchement	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microsc. clin.	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et hist.	N...
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et du travail	DERVILLEE
Electroradiologie et clin. d'élec. médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MARCHEBŒUF
Physique médicale et ph.	PIFFAULT
Médecine coloniale et clinique des mal. exotiques	BONNIN
Clinique des mal. cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des mal. des voies urinaires	DARGET
Clinique des mal. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hyg. appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomat.	DUBERCQ
Clinique méd. des maladies des enfants	FONTAN
Botanique et crypt.	GIRARD
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (*Maladies mentales*) — DUFOUR (*Anatomie*)
MESNARD (*Pharmacie*)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Pharmacie (1re section)	GOLSE R.
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

MAITRE DE CONFERENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique)

AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	SARIC DUBARRY F.-J. TRAISSAC BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	LEVY POUYANNE LAUMONIER CHAVANNAZ
Chimie biologique	TAYEAU
Obstétrique	MAHON
Médecine générale	CHASTRUSSE
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	MAYER
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'EPEE
Electroradiologie	LACHAPELE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Urologie	LANGE

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	MAHON
Puériculture	N...
Législation pharm.	POPLAWSKI COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	MESNARD
Organographie et physiol. végétale	TEMPERE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX

Le secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

Puisse-t-elle considérer ce modeste travail comme un gage de ma très douce reconnaissance et l'expression de mon profond amour filial.

A MON PERE

Qui m'a toujours donné l'exemple de la droiture et de la bonté.
En témoignage de ma grande affection.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Mort pour la France.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PERRENS

Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique
de Château-Picon

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Monsieur le Professeur Agrégé BERGOUIGNAN

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux
Croix de Guerre

Monsieur le Professeur Agrégé LEVY

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

A NOS MAITRES

Monsieur le Docteur R. BARGUES

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Bordeaux
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse.

En reconnaissance de ses conseils et de l'amitié qu'il nous a témoignée.

Monsieur le Docteur Henri EY

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui nous a fait le grand honneur de nous accepter comme élève.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

INTRODUCTION

On sait que sous les noms de « Schéma postural » (HEAD), « Image de soi » (L. VAN BOGAERT), « Schéma corporel » (SCHILDER), « Image de notre corps » (LHERMITTE), est désignée l'intégration perceptive des états ou des mouvements corporels.

Que l'on retienne plus spécialement l'une ou l'autre de ces dénominations, la donnée demeure identique sous des étiquettes disparates.

Ce sentiment que nous avons de notre personnalité physique, de sa configuration topographique et de ses attitudes, ne nous est pas immédiatement et constamment perceptible.

L'existence de ce schéma tridimentionnel, toujours enténébré d'inconscient, peut cependant nous être révélée par la plus sommaire démarche d'introspection.

De même, à la base d'une activité motrice, nous saisissons la nécessité d'une image du moi corporel, d'une représentation de nos membres en action et de leurs relations spatiales sans laquelle il ne nous serait pas possible d'agir.

Si la réalité de l'image de notre corps peut nous être assurée par une simple démarche d'introspection, la pathologie vient en apporter la confirmation avec beaucoup plus de vivacité et de netteté.

Les membres fantômes fournissent une des plus belles illustrations de l'existence de cette image de

soi. On peut les voir apparaître chez tout amputé, mais aussi chez des sujets dont les plexus, les racines rachidiennes ont été divisés, le ou les membres réels étant présents. Notons au passage que ces membres fantômes n'ont nullement les caractères imprécis et incomplets d'un schéma, mais qu'ils sont doués de qualités plastiques et motrices telles qu'ils donnent parfaitement l'illusion du membre réel.

Des membres fantômes analogues aux précédents peuvent aussi survenir au cours de lésions cérébrales en foyer ou comme témoins d'une crise comitiale.

Mais si des processus morbides sont susceptibles de faire apparaître des membres illusionnels, ils sont capables aussi de mutiler à différents degrés notre image corporelle.

C'est la « fingeragnosie » de GERSTMANN ; c'est l'hémiasomatognosie, qui, pour LHERMITTE, conditionne l'anosognosie dans le syndrome d'ANTON-BABINSKI.

A côté de ces dissolutions partielles, de ces amputations de l'image corporelle, l'éclipse totale, la fonte générale de cette image peut s'observer, comme en témoignent certaines observations d'asomatognosie complète dont certains auteurs rapprochent les états de négation corporelle et de dépersonnalisation décrits en psychiatrie.

Sans être ou complétée ou augmentée ou dissoute, l'image de notre corps peut encore se modifier, se déformer : s'allonger ou se rétrécir, prendre un volume inaccoutumé, être l'objet des distorsions les plus curieuses. Certaines de ces déformations relèvent d'une influence purement physiologique (sensation d'allongement ou de raccourcissement pendant la montée ou la descente dans un ascenseur), dont on peut rapprocher l'influence certaine de l'imagination à l'état de veille ou dans le rêve. Les déformations de notre image corporelle au cours de l'endormissement sont classiques.

Les plus étranges modifications se rencontrent au cours des intoxications les plus diverses, qu'elles soient dues à l'alcool, la morphine, la cocaïne ou le haschich. Elles sont plus particulièrement fréquentes et intenses au cours de l'intoxication mescalinique.

Enfin, et c'est sans doute là le phénomène le plus surprenant, l'image corporelle abandonnant en totalité ses limites normales est capable de s'émanciper, de se détacher du sujet qui croit voir, devant ses yeux surpris, l'image-copie de sa propre corporalité. C'est l'héautoscopie ou vision spéculaire, dont le caractère le plus étrange ne réside pas dans l'identité parfaite des formes, mais dans le sentiment d'appartenance éprouvé par le malade.

Le phénomène si curieux de l'héautoscopie a souvent été observé chez des sujets sains d'esprit et nombre de littérateurs, poètes, artistes, l'ont éprouvé : GŒTHE, HOFFMANN, MUSSET, MAUPASSANT, D'ANNUNZIO, DOSTOÏEWSKY, pour ne citer que quelques-uns.

Plus intéressants sont les faits d'héautoscopie dans les états morbides, soit à la suite de lésions focales de l'encéphale, soit à la phase initiale ou terminale des paroxysmes épileptiques, et, plus souvent, au cours d'une infection ou d'une intoxication : (typhoïde, grippe, typhus). L'héautoscopie n'est pas une rareté au cours des maladies mentales, et l'échappement de l'image y apparaît beaucoup plus poussé et plus durable.

Citons enfin l'hallucination autoscopique négative, caractérisée par la disparition apparente, la non-vision ou la non-reconnaissance de notre propre image, que nous trouvons encore réalisée chez MAUPASSANT.

Cette image de notre corps, réalité vivante et mouvante, capable des déformations et des distorsions les plus singulières, susceptible même de s'émanciper, de se détacher, et d'apparaître au sujet comme un double,

un « *alter ego* » auquel on va jusqu'à confier ses sentiments, ses sensations, ses affections, s'étend sur les domaines cependant distincts de la neurologie et de la psychiatrie.

C'est essentiellement dans le domaine de la pathologie mentale que nous avons l'intention, dans ce travail nécessairement limité, de tenter une mise au point des problèmes que pose aujourd'hui la notion de notre image corporelle, en nous appuyant sur les travaux de nos prédécesseurs et sur les faits que nous avons pu recueillir personnellement.

HISTORIQUE

Evolution de la notion de schéma corporel

Définition

Avant de donner de l'image de notre corps une définition plus complète et plus actuelle, il nous paraît nécessaire d'examiner rapidement les différentes étapes qui ont présidé à l'élaboration de ce concept.

Il est curieux de constater que, bien avant la période « neurologique » du schéma corporel, où se placent les remarquables travaux de Pick, de Schilder, de Head, de van Bogaert, se place une période « psychiatrique ». Pour la première fois, en effet, c'est à propos de cas psychiatriques que l'on insista sur les troubles de l'image du corps.

Krishaber, en 1873, décrivit sous le nom de « névrose cérébro-cardiaque » un syndrome voisin de la psychasthénie avec des troubles de la personnalité morale et physique, et les attribua à un déficit de la « perception brute » provoqué par un défaut de vascularisation du mésocéphale.

A la même époque se situent les travaux moins importants de Griesinger, Brière de Boismont, Leuret, Friedmann, Séglas, Störring.

Le mérite de Krishaber est de tenter une explication des phénomènes constatés, et des philosophes comme Taine et Ribot se rangent à son avis en admet-

tant, à la base des troubles de la personnalité, une perturbation dans la perception du sens du corps.

C'est à une explication semblable que l'école de WERNICKE a recours, avec ALTER, STORCH, FOERSTER, dans des cas voisins du syndrome de COTARD. WERNICKE, à côté de la thymopsyché, et de l'allopsyché, reconnaissait une autre fonction, la « somatopsyché », et FOERSTER attribue les phénomènes de négation corporelle au déficit ou à la perte de cette somatopsyché, ce déficit étant dû lui-même à la perte des sensations musculaires.

En France, DENY et CAMUS, dans une publication sur « Une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de conscience du corps », firent appel à une explication voisine en interprétant cette perte de conscience comme un trouble de la cénesthésie.

Si, déjà, l'idée d'une image corporelle, d'un sens de notre corporalité est entrevue, cette conception demeure excessivement floue et imprécise, de même que les mécanismes susceptibles de lui donner naissance.

Il est alors question du sens musculaire de Charles BELL, du sens de la force de WEBER, du sens de l'activité de GERDY et LANDRY, de la conscience musculaire de DUCHENNE DE BOULOGNE, du sens du mouvement de BAIN, du sens de l'innervation de WUNDT, etc.

Un neurologiste français, P. BONNIER, aux travaux duquel LHERMITTE a restitué leur juste place, critiqua vivement ces notions et particulièrement le terme de cénesthésie dont il se fit ressortir l'imprécision et l'absence de signification physiologique.

Dans un remarquable esprit de synthèse, il montra que le fait commun à toutes les sensations, c'est la définition topographique, la notion d'espace, de localisation. Il montra qu'à l'origine de notre activité, à la source de toutes nos sensations et de nos perceptions on retrouve, en permanence, la « notion de l'es-

pace ». Et il convient d'appeler « sens de l'espace », dit-il, toutes les parties de la sensibilité, tant périphérique que centrale, qui contribuent à définir notre orientation objective et subjective.

Par orientation subjective, il entendait la perception de notre position par rapport aux choses du monde extérieur, de notre attitude, de nos mouvements et déplacements. C'est ce qu'il nomme « sens des attitudes segmentaires », et par ce terme il est évident que BONNIER entendait ce que nous comprenons aujourd'hui sous la dénomination de schéma corporel.

Dès 1905, d'ailleurs, il enseignait la pathologie de ce schéma et créait les termes d'hyposchématie, d'aschématie, d'hyperschématie, de paraschématie qui désignaient les états morbides dans lesquels « certaines parties de nous-mêmes cessent de figurer dans la notion que nous avons de notre propre corps » ou bien y tiennent trop de place, ou bien ne figurent pas à la place qui leur est propre.

Il existe à la suite de ces travaux une faille : c'est l'oubli presque complet. Aucune recherche, aucune publication ne viennent éclairer le problème.

Puis s'ouvre la période « neurologique » du schéma corporel avec les travaux d'Arnold PICK sur l'autotopoagnosie.

Là encore, la notion de notre image corporelle est née de constatations pathologiques qui l'exigeaient pour leur interprétation ou leur explication.

Le terme d'autotopoagnosie, créé par PICK, désigne un état morbide caractérisé par l'impossibilité d'exécuter des mouvements « réfléchis » (c'est-à-dire dont le but est le propre corps du sujet), liée à l'impossibilité de localiser les sensations externes. En présence de ces cas, PICK fait appel à une « image spatiale du corps ».

Pour cet auteur, il s'agit avant tout d'une « représentation » construite à partir de schémas partiels qui se sont progressivement constitués eux-mêmes à partir des complexes sensitifs primitifs.

Au cours de ses travaux sur la sensibilité, HEAD se trouva en présence de modifications du comportement de certains sujets, qu'on ne pouvait attribuer qu'à la perte de la faculté de localisation des stimuli externes. Lui aussi fut amené à admettre l'existence d'un « modèle du corps ». Mais cette notion lui apparut beaucoup plus complexe qu'une observation superficielle eût pu le faire penser. A côté des malades chez qui le syndrome d'autotopoagnosie de PICK se trouvait au complet, certains autres pouvaient localiser un stimulus sur leur propre corps, mais étaient incapables de le localiser *dans « l'espace »*.

Donc, conclut HEAD, il faut admettre la réalité de plusieurs schémas, tactile, visuel, mais surtout « postural ». Ces différents schémas se superposent exactement à l'état normal, pour former un modèle tridimentionnel de notre corps. Henry HEAD insistait sur son perpétuel remaniement qui nous permet de percevoir chaque nouvelle sensation et chaque nouvelle attitude dans ses rapports avec la position du corps dans sa totalité.

Ainsi donc, pour reprendre l'image de cet auteur, ce schéma modifie les impressions produites par les excitations externes, de telle sorte que la sensation finale pénètre dans la conscience non plus à l'état isolé, mais chargée d'un « *sentiment de relation* » avec un état précédent, de la même manière qu'un taximètre nous présente la distance parcourue sous la forme d'une note en shillings et en pence.

Ce qui était, pour PICK, une « représentation » essentiellement dérivée de données sensibles, apparaît en outre dans la théorie de HEAD comme le fruit d'une « expérience subjective ».

Viennent ensuite des travaux de BABINSKI sur l'anosognosie. Il estime les troubles de la sensibilité incapables d'expliquer le phénomène, alors que DÉJÉRINE leur attribue un rôle prépondérant. L'intérêt de ces travaux réside principalement dans le premier essai de localisation corticale des lésions déterminantes, thèse à laquelle REDLICH et BONVINCI s'opposèrent vigoureusement.

En 1923, SCHILDER approfondit la conception de l'image corporelle et reprenant les notions déjà exposées par BONNIER, PICK, HEAD, en fait la synthèse à la lumière des nouvelles données cliniques.

Pour SCHILDER, le schéma corporel devient non seulement le savoir, la connaissance et l'expérience de notre propre corps, mais aussi la résultante de la synthèse des différentes données sensibles. Ce schéma, essentiellement plastique, est sous-tendu par des structures nerveuses dont le siège se trouve dans les circonvolutions cérébrales, et ce sont les lésions de ce dispositif cortical qui en déterminent les perturbations.

VAN BOGAERT, comme LHERMITTE, admet l'existence « d'un modèle postural, un schéma, une image de notre corps, indépendant des sensibilités cutanées et profondes et qui joue un rôle important, quoique inapparent, dans la conscience que chacun a de soi ... Le modèle postural n'est pas une donnée statique, il sous-tend activement tous les gestes accomplis par notre corps sur lui-même et les objets extérieurs... ». D'autre part, l'intégration de cette image de notre corps se fait au niveau d'un dispositif cortical. (VAN BOGAERT, « De l'halgohallucinose aux troubles du schéma corporel », *Annales médico-psychologiques,* octobre 1934, p. 423.)

Ainsi donc, selon les auteurs, la notion de schéma corporel s'applique tantôt au « *sentiment* » que nous avons de notre propre corps, tantôt elle représente la « *fonction* » du mécanisme physiologique qui nous

donne précisément ce sentiment de la réalité objective de notre corps. Elle prend l'aspect d'un fait psychologique si elle représente une simple « *expérience subjective* » ou l'aspect d'un fait physiologique si elle désigne la « *fonction de connaissance* » de notre corporalité.

Cette ambiguïté de définition provient essentiellement de l'apparente contradiction des théories en présence. Pour les uns en effet, comme CONRAD, le schéma corporel n'est que la « *conscience* » du propre corps, concept immédiat et immuablement déterminé, phénomène psychique totalement indépendant des données sensitivo-sensorielles et par conséquent indissociable en partie optique, tactile, cinétique.

Pour Pierre MARIE comme pour André THOMAS, par contre, le schéma corporel est la conscience que nous avons de notre propre corps en tant que réalité objective. Il n'est que l'épanouissement et la synthèse des données des sens.

Il ne s'agit pas seulement d'une opposition de doctrines, et le clinicien se trouve dans l'obligation de faire appel à l'une ou à l'autre de ces conceptions, d'envisager le concept du schéma corporel sous l'angle physiologique ou sous l'angle psychologique suivant le phénomène morbide dont il cherche à donner l'explication.

C'est l'aspect physiologique qui l'emporte quand il est question par exemple de dimidiation du schéma corporel dans un cas d'hémiasomatognosie attribuée à une lésion corticale.

C'est l'aspect psychologique au contraire qui prévaut lorsque aucun substratum anatomique ne vient expliquer la présence d'un membre fantôme dont l'apparition peut être sous la dépendance d'un processus émotionnel.

La théorie de SCHILDER nous paraît le mieux tenir compte des deux aspects de la question. Pour lui, le schéma corporel ne doit pas être interprété comme une donnée statique mais comme une connaissance dynamique dont le fondement indispensable est l'apport fourni par les organes des sens. Cette connaissance est en permanence une nouvelle expérience subjective totale qui dépend non seulement des apports sensibles actuels mais du passé affectif de l'individu en même temps qu'elle est constamment tendue vers l'avenir.

Nous retiendrons donc comme définition du schéma corporel celle qui en fait la résultante d'un processus à la fois psychique et physiologique, qui nous donne, à la frange de notre conscience, la connaissance de notre corps et de sa position dans l'espace.

Il est construit à partir de nos expériences sensibles, visuelles, tactiles, kinesthésiques et vestibulaires passées et actuelles qu'il intègre et dont il réalise la synthèse incessamment.

Le siège de ce mécanisme d'intégration semble se trouver au niveau du cortex pariétal.

Il est sous la dépendance des facteurs émotionnels ou, d'une façon plus générale, psychiques et des besoins biologiques (sommeil).

Enfin, la connaissance de notre corps et de ses rapports spatiaux, riche de l'expérience passée, renouvelée par les données sensibles actuelles, n'est pas seulement une connaissance de position, mais de situation : elle est chargée d'intentionnalité.

DÉVELOPPEMENT DE L'IMAGE CORPORELLE

Avant d'aborder ce qui fera plus précisément l'objet de ce travail, il est nécessaire d'étudier rapidement le développement de l'image corporelle. L'étude des différents facteurs qui la constituent et des divers stades de son édification nous fournira des éléments indispensables à la compréhension des troubles que nous voulons étudier.

Il est évident que l'image que nous avons de notre corps ne nous est pas fournie intégralement et toute constituée dès la naissance. L'enfant ne l'acquiert que par une longue expérience où la douleur, la motricité, les sensations extéroceptives jouent un rôle capital.

Ce qui frappe dans le comportement d'un nouveau-né, c'est l'incertitude et l'incoordination des mouvements. Le nouveau-né paraît être complètement dépourvu de toute notion de spatialité.

Le monde extérieur et le corps propre sont tout d'abord confondus. Puis, représentations visuelles, douleurs, activités motrices, sensations vestibulaires contribuent à la discrimination de l'espace extérieur et des objets d'une part, de l'espace et du corps propre d'autre part.

C'est par fragments que s'élabore cette connaissance du corps, certains fragments étant nettement favorisés.

De deux à six mois, l'enfant commence à prendre conscience de ses membres dès que ceux-ci apparais-

sent dans le champ de sa perception visuelle, et dès la douzième semaine, on observe un déplacement des yeux vers ses membres, témoignant, sans doute d'un effort de discrimination et de connaissance.

Certains fragments, avons-nous dit, sont nettement favorisés. C'est ainsi que vers le quatrième mois, d'après Auguste TOURNAY, l'enfant fixe spontanément son regard sur sa main droite et regarde ses doigts s'agiter, tandis que la main gauche est laissée, pour ainsi dire, à l'abandon. Ces constatations, concernant des enfants droitiers, impliquent la nécessité de la maturation, le développement pyramidal étant en effet plus précoce à droite. L'ordre des faits se trouve inversé chez le gaucher.

HÉCAEN, ainsi que d'autres auteurs, confirme cette nécessité d'un certain développement moteur par ses constatations faites chez un nourrisson de trois mois.

Nous trouvons encore cette notion confirmée par le fait qu'il existe aussi un décalage entre les moments d'apparition de la première ébauche de recherche de la somatognosie, pour ce qui a trait aux segments supérieurs et inférieurs du corps. Le faisceau pyramidal achève en effet son développement dans son segment supérieur avant l'inférieur. D'autre part, les membres inférieurs n'entrent pas en contact comme les mains avec les objets extérieurs.

C'est ainsi qu'il faut attendre le cinquième mois pour relever la trace de l'intérêt que prend l'enfant au déplacement de ses pieds.

Vers le neuvième mois seulement, il est capable de distinguer la substance de son corps d'avec les objets qui l'entourent.

Mais si certains segments apparaissent comme faisant partie du moi de très bonne heure, et si le sentiment d'appartenance marque un énorme progrès dans la constitution de l'image de soi, il s'en faut que la

notion d'un tout corporel, d'une unité organisée et isolée soit acquise.

Ce n'est que très lentement que les représentations fragmentaires s'articulent les unes avec les autres et s'unissent dans la conscience.

Vers la deuxième année, l'enfant semble bien posséder la notion d'appartenance de ses membres qui font partie d'un tout qui est sa propre corporalité, mais il est incapable de transposer sur autrui l'image qu'il s'en est faite. Les dessins d'enfants témoignent de la connaissance qu'ils ont de leur corporalité et de celle de leurs semblables.

Selon PIAGET, jusqu'à l'âge de cinq à huit ans, l'enfant continue d'acquérir les éléments constitutifs de son image corporel et s'occupe inconsciemment à les assembler et à les organiser.

Après ce stade d'égocentrisme (jusqu'à la huitième année), vient le stade de socialisation et d'objectivation (onze ans). A ce moment seulement l'enfant peut identifier le schéma que lui présentent ses semblables par transposition de sa propre image alors parachevée.

Nous ne pouvons envisager ici en détail le rôle des différentes impressions sensorielles qui contribuent, d'abord à séparer espace extérieur et objets de l'espace du corps propre, puis à édifier l'image corporelle. Nous nous bornerons à rappeler la part qui revient à chacune d'elles dans ce processus.

L'importance des sensations tactiles n'est pas douteuse. Il est nécessaire en effet, pour garder une notion exacte de notre corporalité, que le schéma tactile se superpose exactement au schéma postural. Inversement, les sensations arthrocinétiques et musculaires doivent être intactes pour que la localisation des sensations tactiles demeure correcte et que notre schéma corporel se superpose exactement à la réalité.

LHERMITTE, à ce propos, cite le cas d'un malade qui avait perdu la sensibilité arthrocinétique dans un de ses membres avec conservation de la sensibilité au tact. Les yeux clos, ce sujet indiquait avec la plus rigoureuse exactitude les points des téguments qui avaient été touchés et il en indiquait la position, tant que le membre se trouvait dans la situation où il avait pu l'observer les yeux ouverts. « Déplace-t-on passivement le membre après une première excitation tactile, écrit-il, notre sujet ne pourra plus indiquer exactement *dans l'espace* la situation du point stimulé. »

Nous entrevoyons en même temps l'importance des sensations et des représentations visuelles dans la constitution et le maintien du schéma corporel.

Toujours pour LHERMITTE que nous citons et dont l'avis est partagé par la plupart des auteurs (GELB, GOLDSTEIN, SCHILDER), « la synthèse de toutes les sensations dont notre corps est l'objet ne se réalise complètement que sous le signe d'une représentation visuelle consciente ». Ce point de vue semble d'ailleurs parfaitement justifié par les résultats de la très ingénieuse expérience de STRATTON et ses collaborateurs WOOSTER et SHOLL (1).

Enfin, les données sensibles fournies par l'appareil d'équilibration vestibulaire, organe général du tonus et de la motilité jouent un rôle éminent dans la constitution du schéma corporel et dans la conservation de son intégrité. C'est encore à Pierre BONNIER que revient le mérite d'avoir montré avant bien d'autres neurologues la fréquence des sensations de déformations cor-

(1) Un sujet est muni d'un masque supprimant totalement la vision de l'œil gauche. Devant l'œil droit est placé un système optique tel que toute la vision est inversée : le ciel est vu à la place du sol, les objets situés à droite sont vus à gauche et réciproquement.

porelles engendrées par un déficit des fonctions du nerf vestibulaire, le « nerf de l'espace » suivant sa propre expression.

En 1938, LHERMITTE et BINEAU ont rapporté l'observation de deux malades atteints de lésions hémorragiques brutales des noyaux vestibulaires, qui présentaient des hallucinations portant sur l'image du moi corporel, avec ou sans hallucinations visuelles. Ils soulignaient à ce propos l'importance du rôle joué par l'appareil d'équilibration vestibulaire dans le maintien de notre personnalité consciente.

Il n'est pas possible de passer sous silence le point de vue psychanalytique sur le développement de l'image corporelle. Nous en exposerons succinctement les principes en nous référant principalement aux travaux de SCHILDER et de LACAN.

Pour les psychanalystes, c'est à la libido qu'il revient d'organiser et de mettre en forme les données confuses fournies par les organes des sens. Chez le nouveau-né (et même chez l'embryon), pour qui le moi et le non-moi restent confondus, existe une modalité de la libido, qualifiée de narcissique, dans laquelle la sensation de bien-être ne provient que du fonctionnement général de l'organisme, sans distinction spéciale. A ce stade de narcissisme succède une période d'autoérotisme dans laquelle la libido se concentre autour des zones érogènes buccale, anale, génito-urinaire, sources de satisfactions d'un genre plus particulier, satisfactions mieux différenciées quoique purement auto-érotiquès. Ces zones se détachent alors du monde extérieur pour être intégrées au moi et constituent les points de repère autour desquels se réunissent peu à peu les images des autres segments.

Un peu plus tard, le monde extérieur est perçu comme indépendant du moi, et, de tous les objets qui l'entourent, le visage humain suscite particulièrement

l'intérêt de l'enfant. En raison du développement précoce des voies optiques, la vision va jouer un rôle important dans l'unification des données proprioceptives incoordonnées et éparpillées, et c'est par un processus d'identification à l'image d'autrui qu'elles vont se grouper autour des lignes directrices que sont les zones érogènes.

Nous empruntons à HÉCAEN sa remarquable et brève analyse de la théorie de LACAN.

« Cette identification affective qu'on constate entre « jeunes enfants d'âge voisin et que nous retrouverons « comme une fonction essentielle dans toute la vie de « l'homme depuis le complexe d'ŒDIPE jusqu'au tran- « sitivisme, cette identification trouve pour LACAN « son « moment génétique » dans ce qu'il a appelé le « *stade du miroir*. Vers six mois, à cette période « de « naissance prématurée » (ainsi nommée en rai- « son de l'insuffisance du développement somatique) « où la vie psychique reste basée sur une image du « corps morcelée, l'enfant mis devant un miroir mon- « tre par sa mimique « jubilatoire » qu'il a la com- « préhension de l'unité de son corps comme un tout « organisé; sous forme « d'intuition illuminative » se « manifeste alors « l'assomption triomphante de « l'image » où il se perçoit comme forme humaine « dans laquelle il reconnaît tout ensemble lui-même et « l'autre.

« C'est à partir de cette image spéculaire, où se « résoud le malaise auxiogène de son corps fragmenté, « qu'il va fonder le monde et le régir.

« A cette image de corps démembré, projeté en dif- « férents segments, se substitue alors le sentiment « d'être un, affectivement et physiquement, encore que « l'autre s'y mêle constamment.

« A partir de cette révélation, par de lentes démar- « ches affectivo-sensorielles, il parviendra à construire

« le schéma de son corps, à l'isoler du monde extérieur « et de celui des autres, bien que la force de l'image « archaïque l'incline constamment vers sa projection. « Toujours, malgré le profit biologique qu'il retire de « cet isolement, il recherchera cette image du double « où, pour la première fois, grâce au miroir, il a vaincu « les forces de démembrement qui s'agitaient en lui.

« Faisant appel aux faits d'écologie observés dans « le monde animal, LACAN, en 1946, montre que l'iden- « tification et l'image sont des phénomènes essentiel- « lement biologiques puisqu'on retrouve dans les cons- « tatations des zoologistes l'affirmation du rôle capital « dans le développement des espèces animales, de la « présence visible d'individus de même espèce ou d'es- « pèces voisines. »

Ainsi, selon les psychanalystes, le développement du schéma corporel évolue parallèlement aux différentes périodes de la libido et, outre cette constante recherche du double qui a permis de le réaliser, nous sommes amenés à supposer, comme le fait LHERMITTE, que les dissolutions de ce schéma se feront autour des zones érogènes qui en ont été les premiers éléments constitutifs et en quelque sorte la charpente. Les constatations de FEDERN, selon qui, au moment de l'endormissement, seules résistent à l'effacement les zones orales, anales et urétro-génitales où se concentre l'activité libidineuse, semblent confirmer cette supposition.

LES FONDEMENTS ANATOMIQUES DU SCHÉMA CORPOREL

Des troubles du schéma corporel à symptomatologie variée (autotopoagnosie, perte de la sensation d'unité du corps, sensations de déplacement, de non-appartenance, de perte de la vie, de transformation matérielle du corps entier ou seulement de certaines parties) ont été décrits chez des sujets porteurs de lésions cérébrales localisées, qu'il s'agisse de tumeurs, d'artério-sclérose, de foyers vasculaires hémorragiques ou malaciques.

Sans remonter à MEYNERT et WERNICKE qui avaient déjà considéré que le sentiment de notre corporalité doit reposer, en dehors des sensations, sur une notion plus globale de nos fonctions, indépendante du monde extérieur, on peut attribuer à HEAD les premières recherches sur le substratum profond de ces troubles. Nous avons déjà exposé la proposition de HEAD au chapitre I. Pour lui, le modèle postural disparaîtrait avec l'atteinte du territoire cortical correspondant. Mais aucune précision n'est encore apportée quant au siège de ce territoire. L'idée de lésions corticales est aussi avancée par ANTON et BABINSKI à propos de l'anosognosie.

Notons au passage que le syndrome d'ANTON et BABINSKI ou anosognosie comporte, ainsi que le fait remarquer KLEIN, deux ordres de faits. Les premiers, étant parfaitement définis par le terme d'anosognosie,

consistent en effet en la méconnaissance systématique d'une maladie telle que l'hémiplégie. Les seconds consistent en une mutilation du schéma corporel; toute une moitié du corps disparaît comme véritablement séparée du reste de la personnalité physique du sujet, et le terme d'hémiasomatognosie paraît mieux qualifié pour désigner ces faits. Ce sont ces derniers qui nous intéressent particulièrement, ainsi que les lésions qui les déterminent.

Hoff aurait réussi à reproduire l'anosognosie en réfrigérant par voie transcutanée, chez des trépanés, le lobe pariétal et en combinant à ce procédé d'irritation, le blocage de l'innervation de la couche optique par une injection intra-veineuse d'atophanyl, dont l'action élective avait été montrée par lui-même précédemment. Il aurait observé, dans de telles conditions, une dimidiation du schéma corporel avec sentiment de dépersonnalisation similaire de l'anosognosie d'Anton et Babinski.

Schilder admet que, dans la grande majorité des cas, le lobe pariétal inférieur et en particulier le gyrus supramarginal et le gyrus angulaire sont atteints. Il ne connaît qu'un seul cas où la lésion en arrière de la pariétale faisait défaut.

Il est un fait remarquable et sur lequel l'accord semble être général : si l'anosognosie ne s'observe pas dans toutes les hémiplégies gauches, elle s'observe cependant avec le maximum de fréquence quand la lésion atteint l'hémisphère cérébral droit, du moins chez le droitier.

On a invoqué une dominance de l'hémisphère gauche dans l'interprétation de notre image corporelle. Certains auteurs expliquent ce fait par une participation du corps calleux (Albréchet, Hauptmann, von Bogaert). Pour eux, la rupture des associations interhémisphériques isolerait l'hémisphère droit dont les

données cesseraient ainsi de fusionner à celles de l'hémisphère gauche. Une partie des excitations se trouvant ainsi éliminées, leur synthèse n'aboutit plus à la notion intégrale du corps.

Signalons encore l'importance attribuée par certains auteurs à la bandelette sensorio-visuelle d'ELLIOT-SMITH qui réalise la liaison de l'aire pariétale avec l'aire occipitale.

Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'une notion aussi complexe que celle du schéma corporel ne saurait être étroitement localisée et si des lésions focales peuvent amener des perturbations de l'image de notre corps, ce n'est pas qu'elles détruisent la « fonction », mais seulement qu'elles atteignent des dispositifs nodaux, associatifs, où se fait le groupement des stimuli qui convergent dans une réponse adéquate.

LE SCHÉMA CORPOREL DANS LA MANIE ET LA MÉLANCOLIE

Le maniaque, dans son intarrissable logorrhée, exprime parfois, au milieu de sentiments divers et excessivement variables, des sensations de transformation corporelle. « Je suis grand de plus de six pieds six pouces que vous », nous disait un de nos malades d'apparence chétive, « Je suis énorme et je suis le plus fort ». Un autre disait n'être plus qu'une sorte de nuage, « un ectoplasme », un fantôme sans consistance, ce qui lui conférait, disait-il, la propriété inhabituelle d'être partout et nulle part en même temps, de traverser portes et murailles, etc.

Nous pensons qu'il serait pour le moins hasardeux d'attribuer à un trouble de la somatognosie, à un défaut de perception des rapports spatiaux qui relient notre corporalité aux objets extérieurs, et entre eux les segments de notre corps, ce qui n'est vraisemblablement qu'une manifestation de l'activité ludique caractéristique de la manie.

A côté de l'extrême instabilité des affirmations comme de la qualité de ces transformations, l'absence de conviction du malade, son expression amusée et ironique semblent confirmer notre façon de voir.

Il n'en est pas de même chez les malades mélancoliques dont le schéma corporel peut présenter les modifications les plus étranges. Ces états s'accompagnent d'une anxiété profonde qui peut être considérée ici comme le critère de cette réalité morbide.

Tous les degrés s'observent entre la sensation de non existence ou de destruction d'un organe et la perte de la notion du corps tout entier, de l'âme même, l'expression maximum de ces idées délirantes se trouvant réalisée par le syndrome de COTARD qui, selon cet auteur, se définit par le tableau suivant :

1° anxiété mélancolique;
2° idées de damnation, de possession;
3° propension au suicide et aux automutilations;
4° analgésie;
5° idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction des divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu;
6° croyance à l'impossibilité de mourir.

DIDE ajoute à ce tableau « l'intuition d'énormité » et cite deux de ses malades dont l'un pensait toucher le ciel avec sa tête et évitait de bouger les doigts pour ne pas ébranler le monde, l'autre se retenait d'uriner pour ne pas provoquer d'inondations.

Cette forme de délire n'est pas spéciale à la mélancolie et BAILLARGER, dès 1861, signalait ce syndrome dans la paralysie générale. Il peut, d'une manière générale, se réaliser sur un fond d'involution mentale quelle qu'en soit la cause. On lui reconnaît une forme systématisée progressive, mais des cas curables ou récidivants ne sont pas exceptionnels. FRANCOTE, VURPAS, ROGUES DE FURSAC en ont publié plusieurs cas.

Nous devons à l'obligeance du Docteur BARGUES l'observation suivante que nous résumons :

OBSERVATION

Monsieur R. B..., soixante ans.

Intelligent, homme d'affaires actif et avisé, très mondain, beau parleur aux attitudes volontiers théâtrales, est atteint au début de 1949 d'un accès de mélancolie anxieuse. (Deux accès antérieurs en 1907 et 1932.)

Dès le début, il éprouve des cénesthopathies de caractère douloureux, sans localisation précise et exprime des sentiments d'étrangeté du monde extérieur et de lui-même allant jusqu'aux idées de négation de l'existence :

— « Je n'ai plus l'impression de vivre... Je ne vis plus... Je me demande si c'est bien moi qui vis... » etc.

Guéri après une cure d'électro-chocs, il fait en avril 1949 un ictère infectieux à la suite duquel il rechute, et si, cette fois, l'état de dépression mélancolique est moins accentué, les idées de négation se sont enrichies considérablement. Il se sent troublé dans ses rapports avec le monde extérieur :

— « Je ne vois pas le monde... Je n'ai pas l'impression de vivre... Ce n'est pas moi qui vis... »

En même temps, il éprouve le sentiment d'avoir perdu son intégrité corporelle. Ses affirmations sont extrêmement variables :

— « Je n'ai plus de cœur... Je n'ai plus de pouls... mon cœur s'est arrêté de battre... Je n'ai plus de bras, plus de jambes, etc. »

Ces syndromes ont donné lieu depuis longtemps à des discussions et nous avons cité les travaux de WERNICKE, DENY et CAMUS, et P. BONNIER.

ALTER les rapprochait des phénomènes agnosiques et parlait d'anesthésie psycho-sensorielle. FOERSTER, élève de WERNICKE, les attribue à une suppression des fonctions de la somatopsyché et définissait ces troubles une « asomatopsychose générale élémentaire ». Pour lui, chaque sensation se compose d'un élément

sensoriel, spécifique, et d'un deuxième élément constitué par des sensations concomitantes, d'origine organique et principalement musculaires, résultant du mouvement nécessaire à l'adaptation de l'organe sensoriel, et de l'association de ces deux éléments résulte le sens du réel. Dans le syndrome de dépersonnalisation, c'est cet « élément myogène » qui n'arrive plus à la conscience.

Voici ce qu'écrit SÉGLAS, et comment il explique par la cénesthésie qu'il vient de définir, les idées de négation et de transformation corporelle des mélancoliques :

« Par suite des modifications survenant dans le « fonctionnement des appareils organiques dans la « mélancolie, et que nous avons signalées plus haut, « on comprend aisément combien de sensations diver- « ses et nouvelles doivent venir modifier le complexus « habituel cénesthésique.

« De plus, par suite de l'état particulier des cen- « tres nerveux qui, eux aussi, participent à la souf- « france générale de tout l'organisme, c'est surtout « dans leur élaboration cérébrale que les diverses sen- « sations se transforment et s'altèrent. Les images « intérieures, ainsi que le dit COTARD, modifiées, défor- « mées ou oblitérées par suite d'un état maladif des « régions correspondantes de l'écorce cérébrale, ne « sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et « les impressions même régulièrement transmises, ne « produisent plus que des sensations alarmantes par « leur étrangeté.

« Comme tout état nouveau doit l'être, l'affaiblisse- « ment général de l'organisme du mélancolique est « perçu par la conscience. L'état cénesthésique normal « du bien-être perçu produit par le condensus harmo- « nique des sensations organiques fait place, l'équili- « bre une fois rompu, à un nouvel état cénesthésique « pénible; état général de malaise le plus souvent, et « parfois avec quelques localisations plus précises.

« L'effet d'un organe faible ou malade dérange le « ton psychique et se traduit dans le cerveau par une « irritabilité excessive, ou une disposition à l'émo- « tion, en résumé par un état de malaise psychique.

« C'est la source d'une série de raisonnements « inconscients aboutissant, en dernier terme, à un « jugement confus mais défavorable sur la constitu- « tion physique et psychique, dont le ton semble « abaissé au malade. »

Pour SÉGLAS, c'est donc essentiellement une perturbation des sensations élémentaires, accompagnée d'un état particulier de « souffrance » des centres nerveux, qui se trouve à la base de tels phénomènes.

Pour DENY et CAMUS, la sensation de dépersonnalisation, les idées de négation et de transformation corporelle ne sont plus attribuées à la perte d'un stimulus périphérique, mais à une perturbation centrale, un ébranlement des centres corticaux où se trouvent fixées les images des sensations internes organiques auxquelles nous devons la notion de notre image corporelle. Ces auteurs parlent de cénesthésie corticale (signifiant à leur sens : « la conscience du corps ») et proposent, pour en désigner les diverses modalités de transformation, les termes d'acénesthésiopathie, d'hypo, d'hyper, de para-cénesthésiopathie.

BONNIER s'oppose vivement à ces conceptions. Pour lui, les sensations organiques et sensorielles ne sont nullement troublées. Il faut voir l'origine du trouble dans la perte de la « figuration spatiale » que les influx vestibulaires commandent pour une grande part. Ce ne sont donc pas les sensations qui sont perdues, mais la possibilité de leur attribuer une « topographie », ce qui est lésé, c'est le schéma de notre corps, par « aschématie » pure ou « hyperschématie ».

LHERMITTE a souligné tout l'intérêt de cette théorie qui se rapproche beaucoup des théories modernes.

Pour cet auteur, d'ailleurs, les troubles cités plus haut sont dus à la perte des facultés d'intégration des sensations et des perceptions à notre propre personnalité physique dont l'image est constituée par leur synthèse constamment renouvelée à la frange de notre conscience.

Bien qu'il n'y accorde qu'une importance secondaire et accessoire, LHERMITTE a cependant souligné la différence des sentiments affectifs accompagnant les syndromes d'ANTON-BABINSKI et la dépersonnalisation. Alors que, dans le premier cas, les malades hémiplégiques, non seulement méconnaissent leur maladie (anosognosie), mais encore sont indifférents et manifestent même une certaine jovialité en face de leur dimidiation corporelle (anosodiaphorie), les seconds, comme nous l'avons précédemment souligné, tout en gardant la notion de leur corps, se lamentent de ne plus le reconnaître, bien qu'ils en aient la perception visuelle, et leur anxiété ne peut manquer de frapper l'observateur. Ici, « ce qui fait défaut », dit LHERMITTE, « c'est expressément la représentation du moi physi- « que, l'appréciation des fonctions qu'occupent dans « l'espace ses multiples segments, enfin, le sentiment « d'appartenance au moi. Le sujet voit son corps, le « palpe, sans parvenir à se persuader que c'est sa pro- « pre chair qui sent et se déplace. Nous sommes donc « en présence d'une asomatognosie totale, puisque le « sujet voit son corps et ne le reconnaît pas ».

Le rôle de l'anxiété ne doit donc pas être sous-estimé et ce que nous avons dit plus haut du rôle des sentiments affectifs dans la constitution de notre image corporelle nous permet de concevoir que leurs troubles soient susceptibles d'y apporter des modifications et que le processus incessant de remaniement que nous avons signalé se fasse de façon anormale lorsque les processus émotionnels sont perturbés.

Ainsi nous trouvons, chez les psychanalystes, une explication purement psychogénétique de ces troubles. Dans la mélancolie, en effet, le « sur-moi », — résidu sentimental du complexe d'Œdipe, — crie vengeance avec tant de férocité que le « moi » incline irrésistiblement à se punir lui-même. La mélancolie leur paraît due à un narcissisme qui éclate à l'occasion d'une maladie générale ou, plus souvent, après une déception sentimentale (perte ou trahison d'une personne aimée). L'individu, blessé dans son amour déjà morbide, narcissique, reporte sur les rigueurs de son « sur-moi », de son « idéal » personnel, toute l'énergie de cet amour, c'est-à-dire qu'il se sent porté à se condamner lui-même, et cela parce que, ne pouvant se résoudre à tirer vengeance de la personne aimée, il reporte sur lui-même la haine qui naît en lui, et ainsi il s'accuse, se mutile, se donne parfois la mort.

Hécaen, après Schilder, fait appel aux rapports qui unissent l'anxiété et l'appareil vestibulaire et signale la quasi constance d'une sensation vertigineuse lors des phénomènes de dépersonnalisation. Il établit un étroit parallélisme entre vertige et anxiété, basé sur la présence dans l'un et l'autre cas du même « noyau psychologique » et pour lui « ces modifications « neuro-végétatives qu'entraîne l'anxiété retentissent « peut-être directement sur le labyrinthe ».

Quoi qu'il en soit, il apparaît à la plupart des auteurs que les syndromes de négation corporelle, les sentiments de non-appartenance des mélancoliques offrent une similitude remarquable avec le syndrome « anosognosique » et seule existe, ainsi que le fait remarquer van Bogaert, une différence de degré dans l'indifférence des malades à l'égard de leur trouble.

Bien que nous n'ayons pas l'intention de ramener tous les syndromes de négation et les modifications du schéma corporel à une lésion organique de la région

pariétale, nous avons tenu à signaler ce fait, que pour beaucoup, il existe une similitude remarquable entre des syndromes cliniques provoqués par un conflit instinctif, une modification d'ordre affectif, et celui que peut déterminer une lésion organique localisée.

Il ne nous est pas possible, à chaque cas considéré, d'exposer en détail notre point de vue. Nous ne pouvons que signaler les diverses conceptions pathogéniques sans nous y attarder. Le thème général sera repris et discuté dans nos conclusions.

LE SCHÉMA CORPOREL DANS LES INTOXICATIONS CONFUSION ET ONIRISME

Toutes les intoxications sont susceptibles de perturber notre image corporelle, qu'il s'agisse d'alcoolisme, de cocaïnomanie, de morphinomanie, de mescalinisme.

Certains cas sont demeurés classiques et nous ne voudrions pas manquer de citer MAUPASSANT qui, après s'être enivré d'éther, écrit : « Bientôt, l'étrange sensation de vide que j'avais dans la poitrine s'étendit, gagna les membres qui devinrent légers comme si la chair et les os se fussent fondus et que la peau seule fût restée, la peau nécessaire pour me faire percevoir la douceur de vivre. »

L'intoxication mescalinique fournit les plus riches exemples, et, en même temps qu'il fait l'émerveillement des yeux du sujet, le peyotl est capable de transfigurer étonnamment l'image corporelle.

HAVELOK-ELLIS rapporte le cas d'un sujet qui disait sentir sa jambe devenir lourde, comme rigide, et son corps entier transporté en un seul endroit de sa cuisse ou de son genou, tandis que le reste avait perdu toute matérialité.

Un autre assiste à la transformation de sa tête dont les parties molles s'amincissent au point qu'elles n'ont pas plus de consistance qu'une feuille de papier

de soie, puis il se voit lui-même comme s'il se trouvait à l'intérieur d'une lanterne chinoise, regardant la pièce à travers une joue papyracée.

Pour un sujet de DELAY, il n'y a plus de limites entre « le mouvement et lui » : « Je suis l'eau, les algues, ces êtres fantastiques que je vois sont bâtis de ma propre substance, mon corps n'existe plus, je suis lumière et il n'existe pas de limites. »

Mais, l'intoxication mescalinique, si son étude est pleine d'intérêt, ressortit davantage de l'expérimentation que de la clinique courante. C'est l'alcoolisme qui nous fournit le plus grand nombre de sujets d'observation et c'est à cette variété d'intoxication que nous limiterons notre étude.

On décrit classiquement quatre stades à l'ivresse normale : hypomaniaque, sensitivo-sensorielle, paralytique et comateux. Cette forme de l'ivresse, au stade sensitivo-sensoriel, n'est pas exempte de troubles du schéma corporel. Ils atteignent principalement le sujet intoxiqué au moment de l'endormissement. Il n'est pas rare alors que le sujet, profondément troublé dans sa conscience, présentant des atteintes neurologiques se manifestant particulièrement par la dysarthrie et les troubles de l'équilibre, ressente des impressions de transformation corporelle, en particulier des sensations d'allongement ou de raccourcissement, de légèreté ou de pesanteur inaccoutumée.

Il s'agit, dans ces cas, de troubles essentiellement transitoires, dont le caractère illusionnel est perçu par le sujet, qui n'ont aucun retentissement psychique ultérieur, à la base desquels existe une altération des fonctions élémentaires sensitivo-sensorielles d'origine toxique. Ils n'apparaissent qu'à la faveur du fléchissement de la conscience provoqué par ce même toxique et leur acuité est maxima au moment où se surajoute l'obnubilation de la période hypnagogique. Ce sont des états d'hallucinose.

Ces troubles peuvent aussi bien se rencontrer au cours de l'ivresse anormale hallucinatoire, mais il est plus fréquent de les rencontrer au cours des accidents aigus et surtout subaigus de l'intoxication alcoolique chronique.

Tous les degrés peuvent être observés depuis les états d'hallucinose vespéraux de l'intoxication chronique qui ne posent pas d'autres problèmes que les troubles de l'ivresse normale dont nous venons de parler, mais qui s'accompagnent d'un état d'angoisse, de peur, témoignant d'un état de dissolution plus profond des fonctions psychiques, jusqu'à l'état de confusion mentale avec délire onirique.

En même temps que des hallucinations visuelles et auditives que l'on retrouve en permanence dans ces états, le malade peut éprouver des hallucinations de la sensibilité générale et des troubles du schéma corporel.

OBSERVATION

M..., cultivateur, quarante-neuf ans.

Le malade est entré dans le service à la suite d'un raptus pantophobique au cours duquel il s'est précipité par la fenêtre, tombant du premier étage sans subir d'autres dommages que des contusions multiples.

Il crie et s'agite dans sa cellule, ne restant pas une minute en repos. Il effectue le geste de ramasser des objets, de soulever un fardeau, etc. Son visage exprime une grande anxiété, une peur panique... Il court, « ses chevaux sont tombés dans le puits », « il y a des serpents partout », il les écrase du pied, tente de s'en débarrasser, de dénouer ceux qui ont enlacé ses jambes. On l'injurie. Les « maquisards » l'entourent et veulent lui faire un mauvais parti. Il prend la parole, s'adressant à la foule : « Je n'ai jamais fait de mal à personne. » Il se frappe la poitrine : « Tuez-moi, vous tuerez un honnête homme ! » On tue autour de lui, il y a du sang... il a le bras gauche emporté d'un coup de sabre, il n'a plus son bras, il hurle...

Il faudrait avoir le talent de MAGNAN pour décrire avec toute sa richesse un tel délire et donner à ce tableau l'impression de vie qu'il a su y introduire si bien que ZOLA s'en est inspiré.

Ce trouble du schéma corporel, cette absence d'un membre qu'il a effectivement ressentie à un moment donné, a été vécue par lui comme un événement : on l'a frappé, il a porté la main à son épaule, il a fui pour éviter de nouveaux coups. C'est une hallucination.

L'état d'hallucinose où se trouve l'ivrogne sentant son corps léger ou agrandi est vécu par lui comme un accident. Malgré l'obscurcissement de sa conscience, il perçoit l'irréalité du phénomène ressenti et peut l'exclure de la réalité, il peut se rendre compte qu'il est le jouet « d'une perception inadéquate à l'objet ».

Les altérations neurologiques des appareils sensitivo-sensoriels sont présentes dans les deux cas, mais sont insuffisantes, à elles seules, pour déterminer ces états qui ne peuvent exister que si la conscience est profondément obscurcie. La dissolution des fonctions psychiques, peu profonde et transitoire dans le premier cas, est cependant nécessaire à leur apparition.

La « libération du rêve » caractéristique du second, est inséparable d'une dissolution globale et profonde des fonctions psychiques. Le malade vit sa fiction cauchemaresque avec une intensité extraordinaire parce qu'elle a pour lui la même valeur affective que la réalité dans laquelle elle s'infiltre et s'enchevêtre. De cette intrication du vrai et du fictif, du subjectif et de l'objectif, naît un monde particulier qui est pour le malade la seule réalité possible. Il s'y meut, il y agit et, dans cette fantasmagorie effrayante, un coup de sabre peut lui trancher un bras avec la même impression de « vécu » que sont vécues les apostrophes injurieuses de la foule ou la vision de ses assaillants.

LE SCHÉMA CORPOREL DANS LES ÉTATS DÉMENTIELS

Nous éliminons de ce chapitre la démence précoce qui sera étudiée ultérieurement.

Il est certain que les troubles du schéma corporel peuvent tenir une place importante dans la séméiologie des démences quelle que soit leur nature. Les démences séniles et préséniles n'en sont pas exemptes, non plus que la démence paralytique. C'est même dans la paralysie générale qu'on les trouve décrits pour la première fois par BAILLARGER (1857) qui considère ce délire hypocondriaque comme une forme typique de l'affection.

Avant d'aller plus loin, nous résumons l'observation d'un malade de l'hôpital psychiatrique d'Agen, atteint de paralysie générale que nous avons observé personnellement :

OBSERVATION I

Monsieur Cr..., soixante-cinq ans.

Troubles du schéma corporel :

Il vient se plaindre à nous qu'il n'a plus sa bouche. Il éprouve, dit-il, de ce fait, de grandes difficultés à s'alimenter. La nourriture « passe directement ». Il murmure plutôt qu'il ne parle, car l'absence de cet organe le gêne considérablement pour s'exprimer. Il affirme par ailleurs qu'on lui a dérobé ses testicules « parce qu'elles étaient en or ». « On m'a volé aussi mon anus,

je ne l'ai plus... ou plutôt ce n'est pas le bon, on m'a mis un anus d'agneau à la place. » Il n'a plus que des moitiés de jambes et ne reste en possession que de ses membres inférieurs jusqu'aux genoux; « le reste a disparu ». Il se demande d'ailleurs si son corps est bien à lui et si l'on n'a pas mis à sa place « un corps d'espion ».

On est frappé par la conviction du malade qui touche son menton, ouvre la bouche, tire la langue, nous invite à palper ses membres, ceci pour nous en démontrer l'absence qu'il affirme.

Il nous a paru intéressant de signaler ce cas qui nous semble caractéristique des troubles que nous étudions bien qu'ils ne soient pas une rareté dans la paralysie générale. Il est remarquable que la dilution du schéma corporel soit principalement poussée au niveau des zones érogènes buccale, anale, génito-urinaire dont les psychanalystes sont la base de la construction de l'image de soi. Il y a là une apparente contradiction avec la remarque de LHERMITTE confirmée par les constatations de FEDERN, selon qui l'effacement du schéma corporel se ferait autour de ces zones, seules capables de résister grâce à la concentration en elles de l'activité libidineuse. Nous nous gardons de vouloir généraliser les faits constatés au cours d'un affaiblissement de la conscience réalisé par le demi-sommeil.

Pour d'autres auteurs, la conception mécaniciste de ces troubles semble démontrée par le fait que les fonctions organiques sont constamment perturbées au cours de cette maladie. Pour eux, à la faveur d'un affaiblissement profond et global des facultés intellectuelles, elles sont le point de départ des idées délirantes de négation et de transformation corporelle qui constituent en somme un délire mégalomaniaque à thème hypocondriaque.

Mais ce qui nous semble le plus remarquable, c'est que l'expression de ces sensations de modification cor-

porelle conserve les caractères particuliers de cette démence où la perte des facultés logiques occupe une place très importante avec, comme corollaire, la qualité des conceptions délirantes résumée par FALRET dans une formule classique : mobiles, incohérentes, absurdes, multiples, contradictoires.

Nous signalons pour mémoire les états démentiels séniles au début desquels il n'est pas rare d'observer, le plus souvent en même temps qu'un délire à thème de persécution, d'empoisonnement ou de préjudice, des préoccupations hypocondriaques avec idées de transformation ou d'altération d'organes, pouvant aboutir à de véritables idées de négation.

Leur plus grande fréquence s'observe dans les formes mélancoliques d'involution sénile et présénile, et ces états ne posent pas d'autres problèmes que ceux que nous avons signalés précédemment.

Il nous a paru plus intéressant d'insister davantage sur un cas que nous avons pu observer de démence présénile avec syndrome aphaso-agnoso-apraxique.

OBSERVATION

Monsieur F..., âgé de cinquante-neuf ans. Cultivateur. Admis le 6 février 1948 à l'hôpital psychiatrique d'Agen.

Antécédents :

— Maladies habituelles de l'enfance.
— Léger éthylisme probable.
— Un frère en bonne santé, soixante-trois ans.
— Père et mère décédés, jamais internés.
— Deux enfants vivants, en bonne santé.

Nous apprenons par la famille que le début de la maladie remonte à un peu plus d'un an. Les premiers troubles constatés et qui attirèrent l'attention furent ceux de la mémoire. F... égarait les objets, ne savait plus où il les rangeait, oubliait de faire

ce qu'on lui demandait, etc. En même temps, l'entourage constate que son vocabulaire s'appauvrit et que certains actes sont effectués « de travers » et avec maladresse. On le trouve par exemple chaussé d'un pantoufle et d'un soulier, les pans de sa chemise sortis de son pantalon. Il n'arrive plus à rouler convenablement une cigarette, geste pourtant familier. Il dort mal et s'agite la nuit. Malgré tout, F... s'occupait encore à quelques travaux des champs, jusqu'au jour où il fut dans l'impossibilité d'atteler ses bœufs, ne « sachant » plus où mettre le joug ni la manière de le fixer. Il se rendit compte de son trouble, et bien que ses proches aient, à plusieurs reprises, effectué le travail devant lui, il fut désormais dans l'impossibilité de le reproduire. Le médecin consulté alors conseilla le placement à l'hôpital psychiatrique.

Dans le service, le malade est calme, docile, amène, et se prête volontiers à l'examen.

Troubles mnésiques :

Le déficit mnésique est considérable. Il intéresse surtout la mémoire de fixation, bien que les acquisitions anciennes, les connaissances scolaires soient évoquées défectueusement. Si on lui demande de se lever et d'aller ouvrir la porte, il n'exécute que la première partie de l'ordre, puis reste perplexe, ne sachant plus ce qu'il doit faire. Si on lui dit d'aller se coucher, il fait quelques pas et s'arrête, disant qu'il ne sait plus ce qu'on lui a demandé. Il est incapable de répéter, après qu'on lui ait énoncé, une phrase de plus de trois mots.

Cette amnésie de fixation s'accompagne de quelques velléités de fabulation qui tendent, de même que son approbationnisme constant, à sauver les apparentes.

Fonction du langage :

Parole spontanée : la fonction est partiellement conservée, l'articulation verbale satisfaisante, le débit est irrégulier. On observe quelques itérations verbales et le phénomène d'intoxication par le mot. Pas de jargonophasie. Le vocabulaire est extrêmement réduit, entraînant des arrêts dans la conversation, l'in-

complétude de certaines phrases, l'utilsation de mots détournés de leur sens.

La compréhension du langage parlé est bonne.

Langage écrit : l'écriture spontanée ou sous la dictée est impossible. Si on lui demande d'écrire son nom, il trace à grand-peine quelques lettres à peine formées. Les dessins, même très simples, ne sont pas reproduits. Le crayon erre sur la feuille de papier et en dépasse les limites.

La lecture est impossible ou à peu près. A peine arrive-t-il à reconnaître quelques majuscules. Il ne peut former une syllabe dont il a pu, à grand-peine, reconnaître les éléments.

Troubles praxiques et gnosiques :

Les actes instinctifs et réflexes sont conservés. Il n'y a pas de trouble appréciable dans la reproduction d'actes simples, mais on note une tendance à la persévération des attitudes. Les actes ordonnés sont correctement exécutés quand ils sont simples (ouvrir la bouche, fermer les yeux...). De même pour les actes expressifs mimiques. Les troubles apraxiques ressortent surtout lorsqu'on lui demande d'exécuter des actes complexes. Si on lui demande de faire le signe de la croix, il exécute bien les trois premiers temps du signe, puis sa main erre sur sa poitrine et le geste reste inachevé. Il semble étonné, contrarié de cette imperfection. Il lui est impossible de faire flamber une allumette, l'ayant sortie de sa boîte. Il semble d'ailleurs que, plutôt qu'un défaut d'utilisation, ce soit l'affaiblissement considérable de l'attention qui soit responsable de ces impossibilités.

Les mouvements transitifs sont très troublés (main gauche sur oreille droite).

Etude de la notion du moi corporel :

F... a perdu la notion de position de ses membres; si on lui demande la main droite, après avoir mis sa main gauche derrière son dos, il tend la main droite immédiatement. Si, à ce moment, on lui demande alors la main gauche, il semble embarrassé, cherche sa main autour de lui, sur la table et, finalement, tend de nouveau la main droite.

Non seulement la notion de disposition réciproque de ses membres est troublée, mais encore il met en doute l'existence de ce membre qu'il ne voit plus et qu'il cherche, pour peu qu'on insiste à lui réclamer.

La reconnaissance tactile est à peu près intacte. Au bout d'un certain temps, il reconnaît une clef, un crayon. La reconnaissance des couleurs est correcte.

L'examen physique ne révèle aucun signe neurologique particulier.

Il semble qu'il n'y ait aucun trouble de la sensibilité, les pupilles réagissent bien aux deux modes. Pas de signe d'atteinte des nerfs crâniens.

Etat musculaire satisfaisant. T.A. : 12-8 au Vaquez.

Examen viscéral normal.

Examens biologiques : R.A.S. urée sanguine 0,52; cholestérol 1,91.

Il s'agit, en résumé, d'un syndrome aphaso-agnoso-apraxique surajouté à un syndrome d'affaiblissement intellectuel. Les troubles du schéma corporel sont du type de ceux décrits par PICK sous le nom d'auto-topo-agnosie. De plus, si la vision ne vient suppléer à ce déficit gnosique, naît un sentiment d'absence avec négation de l'existence de l'organe.

Du point de vue nosologique, le diagnostic est à faire entre la maladie de PICK et la maladie d'ALZHEIMER.

L'encéphalographie gazeuse pratiquée chez ce malade mit en évidence une atrophie cérébrale à prédominance frontale et pariéto-temporale.

La détermination des syndromes agnosiques est rendue difficile par le trouble global de l'attention et de la mémoire; mais il est relativement aisé de mettre en évidence les troubles de la somatognosie.

Ce serait sortir des limites de ce sujet que de vouloir étudier les rapports des apraxies et du schéma

corporel, questions qui ont été fort longuement et soigneusement traitées, il y a peu de temps par LHERMITTE et HÉCAEN en particulier.

Dans le cas que nous avons rapporté, nous pouvons constater qu'il n'existe pas d'idées délirantes de négation d'organes, que jamais, spontanément, le malade ne dit éprouver l'absence d'un de ses membres. Il est atteint d'auto-topo-agnosie et nous avons vu qu'il était porteur d'une atrophie corticale de la région pariétale où se situe le processus d'intégration et de synthèse des divers éléments constitutifs du schéma corporel.

Il s'agit donc, en ce qui concerne la somatognosie, d'un symptôme focal, apparaissant comme une « figure » sur un fond d'affaiblissement intellectuel symptomatique d'une dissolution globale des fonctions psychiques.

La négation d'un membre n'apparaît que lorsque, par un artifice, on élimine la composante visuelle dont on sait l'importance, grâce à laquelle l'image corporelle se maintient dans un semblant d'intégrité. Le malade se trouve d'autre part dans l'impossibilité de rétablir cette intégrité par une opération intellectuelle dont la complexité est évidente.

LE SCHÈMA CORPOREL DANS LES ÉTATS SCHIZOPHRENIQUES

La schizophrénie se montre particulièrement riche de ces états de dépersonnalisation où apparaissent des thèmes de dédoublement, de destruction, de dislocation corporelle, et bien des auteurs les ont étudiés. BALVET, dans sa thèse sur « Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde », en a publié un grand nombre de cas. Nous citerons encore L. et A. VON ANGYAL, GUREWITCH, GOLANT-RATNER, etc.

C'est parmi ces malades que nous avons pu rassembler le plus grand nombre d'observations. Nous rapportons les plus caractéristiques d'entre elles, en ne citant que le passage intéressant le sujet traité.

OBSERVATION I

Ri...

« Il y a des jours où je suis en bois... J'ai des jambes de bois, on me l'a dit... Je ne les sens plus... Ma tête est comme une boîte en fer... »

OBSERVATION II

Vo...

« On me tire sur le corps pour m'allonger... On m'a tiré de vingt centimètres... et puis ça revient..., c'est comme de l'élastique. »

OBSERVATION III

Pr...

« On m'a tourné la peau devant derrière par des massages avec une huile... On m'a fait un trou avec une baguette à fusil pour me mettre des tasseaux de bois sous les côtes. »

OBSERVATION IV

B...

Se plaint que la nuit son corps s'élargit et s'étale, débordant du lit.

OBSERVATION V

Ha...

Ses jambes se replient sous elle et se mettent le long de son dos.

OBSERVATION VI

Co...

« Je suis un halluciné... Je vois la Sainte Vierge et le Bon Dieu et aussi des Saints... Ils me disent des choses, mais il n'y a que moi qui aie la sensibilité pour les entendre.

« Plusieurs fois la Sainte Vierge est venue et elle m'a éclairé. Elle a éclairé aussi la chambre, puis elle m'a parlé et elle a sorti mon âme de mon corps. J'étais « en âme » à côté de moi « en corps », avec la même couleur de peau, la même forme et les mêmes pensées.

« Une autre fois, au moment où je rentrais à la maison, j'ai senti que la Sainte Vierge tirait mon âme par derrière. Je me suis senti sans force et je me suis vu « en âme » comme les autres fois. »

Cette courte énumération résume les principaux thèmes habituellement rencontrés et que BALVET distingue en thèmes de transformation du vivant en objet inanimé, de la perte de la matérialité, de variation des dimensions, de dislocation du corps, etc. Nous avons rapporté en dernier lieu un cas d'hallucination autoscopique caractéristique.

L'analogie de ces tableaux avec ceux que l'on constate dans les cas de lésion focale du cerveau a tout naturellement conduit certains auteurs à rechercher l'existence d'une telle lésion dans des cas psychiatriques analogues à ceux que nous venons de citer.

C'est ainsi que GUREWITCH a rapporté une série de quinze observations, au nombre desquelles se trouvent celles de quelques schizophrènes, où il relève la présence du syndrome interpariétal. Mais ce syndrome interpariétal se trouve amputé de tous les troubles neurologiques qui le constituent d'ordinaire. De même pour les cas rapportés par KRAITZ où il n'existe aucun trouble neurologique objectivement décelable.

GOLANT-RATNER, par contre, a publié les observations de deux malades atteints de psychoses de structure schizophrénique, présentant des troubles du schéma corporel accompagnés de troubles neurologiques évidents (troubles de la sensibilité, agnosie digitale, asymbolie douloureuse). Il s'agit, nous l'avons dit, dans ces deux cas, d'états psychotiques de structure schizophrénique, mais pour chacun l'étiologie traumatique peut être invoquée.

Plus intéressantes nous paraissent les observations publiées par VON ANGYAL, de schizophrénie avec syndrome interpariétal. Pour lui, « en se basant sur les plus récentes investigations histologiques, il apparaît comme non douteux que le lobe pariétal inférieur, qui comprend le gyrus supramarginal, le gyrus angulaire et l'aire pariétale basale, fait partie des régions corticales les plus sérieusement atteintes par le processus schizophrénique ».

Les recherches histologiques dont il est question sont celles de MIKOLGZY et de HECHT. Il fonde d'autre part son opinion sur les études encéphalographiques pratiquées chez des schizophrènes par MOORE, NATHAN, ELLIOT et LAUBACH, qui concluent à l'existence chez ces malades de lésions corticales à prédominance pariétale.

Cependant, A. VON ANGYAL se garde de tirer de ces constatations des conclusions rigoureuses et conclut prudemment en évitant toute extrapolation hasardeuse

que l'on ne peut que supposer une telle altération neurologique, malgré la très grande similitude entre le syndrome interpariétal et ces cas, en raison de l'absence quasi totale de constatations neurologiques objectives.

Pour A. von Angyal, les sensations somatiques de distorsion, de déplacement, etc., sont dues au fait que les contractions musculaires ont perdu leurs relations habituelles avec le « moi » et sont éprouvées comme des forces étrangères; ces altérations du schéma corporel, si elles ne peuvent dans certains cas y être entièrement réductibles sont, en tous cas, en relation avec des sensations musculaires inhabituelles.

Le trouble général de la conscience du « moi » n'est considéré par cet auteur que comme un mécanisme de défense.

On trouverait difficilement une illustration aussi claire et aussi évidente de la théorie mécaniciste.

Pour Hécaen, d'ailleurs, « on ne voit pas pour quelles raisons des auteurs tels que Gurewitch, Kraitz... ont absolument voulu supposer des atteintes du dispositif cortical qui sous-tend l'image du corps, l'atteinte de ces divers constituants à d'autres niveaux neurologiques peut aussi bien en être responsable », principalement des lésions périphériques de l'appareil vestibulaire.

Schilder, pour qui le schéma corporel s'édifie à partir des sensations et des perceptions, mais selon « les tendances biologiques de l'être », pense que ces troubles peuvent aussi bien dépendre directement d'altération des fonctions élémentaires vestibulaires, optiques, kinesthésiques, que des tendances narcissiques, sadiques, complexe de castration, etc. A son avis, il y a identité complète entre les troubles de la fonction déterminés par des altérations neurologiques et entraînant des attitudes psychiques particulières et les trou-

bles dynamiques intégrés profondément dans la structure psychopathique.

Il s'agit, pensons-nous, de deux ordres de faits qui sont absolument irréductibles. L'absence permanente ou presque de signes neurologiques objectifs semble plaider en notre faveur. D'autre part, ces idées de transformation et de négation d'organes, ces impressions de métamorphoses, ces destructions généralement attribuées à des opérations magnétiques à distance, à une activité démoniaque ou divine ou magique, font partie intégrante de la pensée schizophrénique. « Le schizophrène se penche sur son corps, il est fixé à ce corps qui souffre... Il présente une sorte de concentration distraite sur ses maux... Il s'en fournit une explication vague. Ainsi se constitue le syndrome d'influence hypocondriaque dont le caractère principal est ce lien mystérieux entre le trouble perçu et son origine persécutrice, lien mystérieux dont le malade se satisfait et dont il ne cherche à savoir ni le pourquoi ni le comment. » (BELEY.)

Le sentiment d'étrangeté du monde extérieur et le sentiment de dépersonnalisation de transformation corporelle, sont intimement mêlés et inséparables. Débordant d'un domaine de la perception sur l'autre, ils finissent par embrasser tout le réel (BALVET).

Nous citerons encore BLONDEL : « Idées de négation et de mort, de transformation et d'immortalité sont autant de formes momentanées qu'emprunte aux yeux du malade, quand il s'essaye à le représenter et à le traduire à autrui, le mystère fondamental qui l'oppresse. » « La réalité se trouve tout entière emportée dans le synchronisme d'une métamorphose universelle. » « A la limite, l'étrangeté du monde extérieur n'est plus qu'une expression nouvelle de la dépersonnalisation morale qui déborde sur les êtres et sur les choses et envahit tout le domaine de la perception interne et externe. »

Le délire et le sentiment de dépersonnalisation apparaissent comme deux aspects, l'un idéique, l'autre affectif, d'un trouble « structural » plus profond (BALVET).

Le phénomène de l'hallucination spéculaire que nous avons rapporté, mériterait à lui seul une longue étude que nous ne pouvons lui consacrer ici.

D'une manière générale, l'autoscopie peut se présenter sous différents degrés et peut revêtir tous les aspects, depuis le simple sentiment de dédoublement ne s'accompagnant d'aucune projection phantasmique, jusqu'au véritable état hallucinatoire avec projection très esthésique d'une image visuelle à laquelle est rattaché, selon tous les auteurs qui ont étudié cette question, un sentiment très vif d'appartenance physique et morale. Elle est en état de « résonance affective » avec le sujet.

On peut la voir surgir chez l'individu normal à la faveur d'un fléchissement de la conscience (état hypnagogique, ou à la suite d'une grande fatigue), dans la confusion et l'onirisme (intoxication alcoolique) où existe aussi un obscurcissement de la conscience. SIVADON a publié des cas d'hallucinations autoscopiques au cours de la grippe.

Des atteintes neurologiques périphériques peuvent aussi la déterminer et principalement les atteintes labyrinthiques. C'est le cas d'un malade de BONNIER, cité par HÉCAEN, qui ne pouvait, écrit-il, se moucher ni éternuer sans éprouver par suite de la béance d'une trompe d'Eustache, une violente commotion tympanique du côté droit. Il avait aussitôt un court accès de vertige, avec aperception de l'espace, puis il lui semblait alors qu'il était divisé en deux personnes, une qui n'avait pas changé d'attitude et une autre nouvelle à droite, regardant un peu en dehors. Puis les deux individus somatiques se rapprochaient, se fusionnaient, et le vertige disparaissait.

Ces constatations ne suffisent pas, cependant, à expliquer le phénomène essentiel de cet état hallucinatoire, la « projection » hors de soi d'une image qui est le reflet de soi-même.

L'anxiété, quand elle existe — et elle était totalement absente chez notre sujet — peut, selon les psychanalystes, jouer un rôle important, le sujet affirmant par l'émancipation de son image sa volonté d'existence et son existence même, menacée par ses tendances autoagressives. Et ce phénomène a pour eux la valeur d'un symbole où se résume et se fond l'ambivalence du désir de mort et d'immortalité.

Notre malade, nous l'avons dit, n'éprouvait aucune anxiété à constater la présence de lui-même « en âme » aux côtés de lui-même « en corps ». Mais, ce schizophrène, profondément troublé dans sa conscience, dont la pensée s'est organisée en fonction de la dissolution psychique dont il est atteint, qui vit « penché sur son corps, dans la contemplation distraite de ses maux », réalisant ainsi une sorte d'introspection permanente, perçoit confusément la dislocation de son « moi ».

Il semble alors résoudre son malaise en projetant sa propre image, de la même façon que l'enfant devant un miroir, prenant conscience de son unité corporelle, résout, selon les psychanalystes, le malaise causé par la perception fragmentaire de son corps. Ce serait ainsi le retour au stade archaïque du miroir et par la contemplation narcissique de son image qu'il retrouverait ce « moi » qu'il était et qu'il sent ne plus être. Il attribue, en outre, à une action bénéfique de la divinité, ce phénomène par lequel il éprouve à nouveau le sentiment de sa complétude.

MODIFICATIONS DE L'IMAGE CORPORELLE EN THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

Il est possible d'observer des modifications de l'image corporelle au cours des traitements utilisés en pathologie mentale. Ces constatations sont rares et pour ainsi dire exceptionnelles, bien que nous pensions qu'elles n'aient pas été systématiquement recherchées.

Au cours du traitement par le cardiazol.

En 1940, Laignel-Lavastine, Bouvet et Föllin présentèrent un cas de perturbation du schéma corporel chez une mélancolique anxieuse. Ces troubles se manifestèrent au cours de la cardiazolthérapie, dès la deuxième piqûre. La malade sentait que sa tête était devenue triangulaire, disait qu'elle n'était plus une personnelle réelle, qu'il lui était impossible de connaître les limites de son corps qu'elle concevait comme une masse obscure.

Les auteurs écartent l'hypothèse d'une action néfaste de l'agent thérapeutique, mais admettent que si le cardiazol n'a en aucune façon créé le délire, « il a peut-être aidé à la cristallisation d'éléments qui préexistaient à toute tentative thérapeutique ».

Il est regrettable que l'analyse de ces troubles n'ait pas été poussée plus loin. Nous sommes dans l'impossibilité de faire la part qui revient à une perturbation des fonctions vestibulaires, par exemple, et à l'évolution d'une mélancolie anxieuse aboutissant à un syndrome de Cotard fruste.

Au cours du traitement par l'électro-choc.

Nous n'en avons jamais constaté personnellement. Les seules observations existant à notre connaissance sont celles publiées récemment par Hécaen et Coulonju et que nous nous permettons de réumer brièvement.

OBSERVATION I

Mme Le F..., vingt-six ans.

Troubles mentaux du type maniaque ayant fait place au bout de quelques jours à un syndrome dépressif.

Dès la troisième séance d'électro-choc, la malade se déclare très améliorée. Après la quatrième séance, elle déclare qu'elle est affectée de troubles particuliers qui se présentent au moment où elle va s'endormir et au réveil. Elle éprouve à ce moment-là, pendant une heure environ, les impressions suivantes qu'elle déclare très désagréables : tout son corps, mais surtout ses mains et ses dents, augmente de volume. Les mains grossissent, gonflent progressivement, deviennent très dures et finissent par atteindre des proportions immenses. Les dents s'allongent et lui paraissent sortir de sa bouche. Ces impressions s'accompagnent d'une certaine anxiété et l'ont amenée à plusieurs reprises à allumer la lumière pour vérifier l'état de ses mains qu'elle voyait alors avec leurs proportions normales. Ces sensations étaient symétriques et intéressaient la moitié supérieure du corps; elles n'apparaissaient jamais en dehors des périodes de l'endormissement et du réveil. Après les derniers chocs, ces phénomènes ont progressivement diminué d'intensité pour disparaître totalement quinze jours après le dernier.

Cinq mois après, la malade se plaint de troubles de la mémoire plus prolongés qu'il n'est habituel et d'une hypoacousie bilatérale.

L'examen otologique révèle une légère hyperexcitabilité labyrinthique. L'examen neurologique pratiqué avant et après les chocs s'est montré négatif.

OBSERVATION II

Mme Le B..., vingt-sept ans.

Insomnie, anorexie, asthénie, hyperémotivité, déséquilibre vago-sympathique.

Examen neurologique et général négatif.

Après le quatrième choc, elle éprouve des impressions qui l intriguent et qu'elle expose de la façon suivante :

« Une demi-heure avant de m'endormir, il m'est venu sur le front une grosse bosse qui grossissait et s'éloignait de la tête, puis tout le front s'éloignait. Quelques instants après, c'était la même chose sur le nez. J'ouvris les yeux et me tâtai le visage à plusieurs reprises. je m'aperçus vite que cela n'existait pas; ces impressions m'ont duré dix minutes. »

Trois jours après le cinquième choc, elle notait encore : « Une heure avant de m'endormir, il se semblait avoir le front très loin de la tête, je le voyais même s'éloigner en ayant les yeux fermés, en même temps, je ne sentais plus mes membres, mon corps s'était réduit à une petite boule, j'avais l'impression que la tête touchait l'estomac et en même temps plus de jambes; lorsque j'ouvrais les yeux, je ne voyais ni ne ressentais plus rien. »

Dès qu'elle bougeait, l'impression disparaissait pour revenir dès qu'elle était immobile. Pendant les trois mois qui ont suivi, elle a éprouvé encore, de temps en temps, des sensations de transformation corporelle qui survenaient toujours dans la période d'endormissement.

L'examen neurologique est toujours resté négatif. Il n'y a jamais eu de troubles auriculaires subjectifs ni de troubles de l'équilibre.

Il est important de souligner que jamais auparavant ces malades n'avaient présenté des phénomènes de cet ordre, et l'apparition de ceux-ci au cours de la convulsivothérapie, comme leur disparition après cessation du traitement, permet sans doute d'en rendre les chocs responsables; les sujets n'avaient en outre

absorbé aucun médicament susceptible de provoquer des troubles semblables.

Leur caractère essentiel est d'être transitoire et de disparaître progressivement dès que cesse d'agir la cause qui les a provoqués.

Il est à noter d'autre part que l'intensité de ces désordres, pour si importante qu'elle puisse paraître, nécessitait pour qu'ils fussent perçus un affaiblissement des perceptions du réel comme le produisait l'endormissement.

Nous partageons l'avis des auteurs qui pensent pouvoir attribuer un rôle aux légers troubles vestibulaires présentés par la première malade et peut-être au déséquilibre vago-sympathique présenté par la seconde.

Que des sensations ineffables naissent d'états thérapeutiques si proches de l'épilepsie ne saurait surprendre. Cet état de trouble de la conscience, accompagné du sentiment de transformation du moi et de l'ambiance, se rencontre en effet dans la comitialité (Dostoïewsky).

Marchand et Ajuriaguerra ont réuni et publié un grand nombre de cas de troubles du schéma corporel au cours des accidents épileptiques — ces troubles allant de l'illusion de déplacement à l'héautoscopie en passant par l'asomatoagnosie.

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes n'interviennent pas dans la convulsivothérapie comme des accidents, mais comme de simples incidents ne présentant aucun caractère pathologique, passagers et disparaissant sans laisser de traces. Ils ne peuvent en aucun cas justifier l'abandon ou l'interruption du traitement.

Au cours de la cure de Sakel.

Nous résumons ici l'observation personnelle d'un malade interné à l'hôpital psychiatrique d'Agen, qui

présenta au cours d'une cure de SAKEL des sensations de transformation corporelle.

Pierre C..., dix-sept ans et demi.

Entré le 7 décembre 1947 à la suite de son évasion du service ouvert de M...

— Mère : très nerveuse et facilement accessible à la colère.

— Père : les conclusions d'un examen mental pratiqué au cours de son service militaire, parce qu'il avait frappé un sous-officier, sont les suivantes : « Entière responsabilité atténuée dans une certaine mesure par sa constitution paranoïaque. » N est pas éthylique.

— Sujet : fils unique. Pas d'antécédents pathologiques. Scolarité normale. A passé avec succès son certificat d'études primaires et le brevet simple. Préparait le brevet supérieur et le baccalauréat.

Le début de la maladie remonte, selon les parents, au printemps de 1947, A cette époque, Pierre, jusqu'alors studieux et régulier dans son travail, devient inattentif et semble prendre énormément de peine à l'étude. Il souffre en même temps de céphalées rebelles et grossit anormalement.

Son comportement devient bizarre : il pénètre par effraction chez un voisin. On le trouve en train de chercher sous une meule de foin l'entrée d'un souterrain imaginaire. Puis commence une série de fugues. Au cours de la dernière, il s'est rendu à Marseille, puis a regagné Paris à pied ou prenant le train sans billet. Son périple est jalonné de multiples larcins.

Il est logorrhéique et graphorrhéique. Célébrant en vers ou en prose les beautés de la nature ou les charmes d'une jeune fille dont il s'est épris, établissant pour l'avenir des projets grandioses et fantastiques.

Le malade ayant déjà subi sans succès une série d'électro-chocs dans le service ouvert de M..., nous le soumettons à la cure de SAKEL.

C'est par ses écrits que nous avons eu connaissance des troubles que nous voulons étudier et qu'il décrit ainsi :

« Je veux ouvrir les yeux et je pense que je les ai vérita-
« blement ouverts. Pourtant je ne distingue rien, je suis enve-
« loppé de brume. Où suis-je ? Que s'est-il passé ? Ce n'est
« pas de la brume, c'est du coton. Tout est en coton. Je suis en
« coton. Mon cerveau travaille pour essayer d'en sortir, car je
« dois rêver, mais il est tout seul à travailler, car je n'ai plus
« de corps. Je me dis qu'il faut remuer, essayer de bouger les
« bras ou les jambes, mais où sont-ils donc passés ? Je veux
« faire et je ne peux pas faire parce que je n'ai plus de quoi
« faire. J'ai été endormi, c'est sûr, et qu'est-ce qu'on m'a fait
« pendant mon sommeil ? On a dû m'amputer, ou bien je suis
« mort et déjà dans l'autre monde. Je vais peut-être me retrouver
« sur un champ de bataille, mutilé. Comme c'est long ! Peu à
« peu, je distingue les lieux. Je suis dans un grand lit et je
« suis tout petit, tout petit dedans, perdu. J'ai retrouvé bras
« et jambes et c'est avec beaucoup de plaisir que je fais cette
« constatation, tellement j'étais sûr de ne plus les avoir, mais
« je suis tout petit, difforme, un corps minuscule avec des bras
« et des jambes d'homme normal... Mon cerveau n'est plus tout
« seul maintenant. Il commande et il dirige quelque chose, mais
« ce n'est pas encore parfait. Brusquement, à côté de moi, je
« reconnais l'infirmier B..., il me parle et je réponds, mais je
« ne me rappelle plus ce qu'il m'a dit, ni ce que j'ai répondu.
« Je suis fatigué. Je vois maintenant le lit à côté du mien, et
« les murs, le plafond, les fenêtres. Tout. Je me reconnais.
« Je reconnais la salle, les camarades... »

Notons encore que notre sujet, garçon intelligent et relativement cultivé, n'avait jamais éprouvé de telles sensations au cours de sa maladie, en dehors du traitement. Il est sorti guéri peu après et n'a jamais plus ressenti de pareils symptômes.

Contrairement aux cas que nous venons de signaler, survenant au cours de la convulsivothérapie, où les sensations de transformation corporelle n'apparaissaient que dans l'intervalle des séances, au moment de l'endormissement ou du réveil du sommeil normal, mais non à la période confusionnelle, au réveil de la phase

comateuse de l'électro-choc, les troubles surviennent chez notre malade au cours même de la séance, dans la période de transition qui succède au coma et précède le réveil.

La renaissance de la conscience et de la personnalité, la reconstruction des fonctions psychiques et le retour à la connaissance du moi physique dans son intégrité, s'opèrent parallèlement et par paliers. Au sortir de l'état crépusculaire, la conscience est tout d'abord incapable de discerner le moi et le non-moi. Puis se situe une phase de spatialisation.

« Le sujet, peu à peu, se distingue d'abord dans « l'espace, en temps que lieu géométrique d'une con- « fuse sensation de bien-être ou de mal-être, expres- « sion affective imparfaite d'une résultante organi- « que. » (DESHAIES.) Puis cette confusion tend à se dissiper; la prise de contact s'établit avec le monde extérieur, mais le moi hésite encore à se reconnaître (1). Enfin, réalisant à nouveau des expériences de plus en plus complexes, retrouvant la perfection antérieure de ses opérations intellectuelles, le sujet prend conscience de son moi corporel et physique « avec une plénitude caractérisée par la certitude d'être complétée par des qualités d'autonomie, d'unité et d'activité ».

Il ne s'agit pas dans ce cas de désordres vestibulaires suscitant, à la faveur d'un obscurcissement de la conscience, des sensations de transformation corporelle, mais d'une reconstitution de l'image corporelle où se trouvent condensées dans un espace de temps moindre, les étapes que nous avons décrites à la formation de cette image chez l'enfant.

---

(1) ROUSSEAU, décrivant ses impressions au sortir d'un évanouissement, MONTAIGNE, après une syncope consécutive à une chute de cheval, ont su donner du sentiment de non-appropriation une relation particulièrement heureuse.

CONCLUSIONS

Si nous avons choisi comme plan de travail l'exposé d'une vue en quelque sorte panoramique de la pathologie mentale à travers les symptômes que nous avons appelés « troubles du schéma corporel », c'est avec l'intention de montrer que ces troubles pouvaient prendre part à la constitution des grands syndromes mentaux et que, loin de constituer une entité clinique, ils n'étaient en fait qu'un aspect des idées et délires de négation ou des idées et délires hypocondriaques.

Même si l'on s'en tient au sens restreint habituellement adopté du terme « idées de négation » par lequel on désigne plus spécialement la négation du corps dans sa totalité ou dans ses parties ou seulement de ses fonctions alors que leur définition s'étend en outre aux idées délirantes de non-réalité de la personne morale et même du monde, une partie seulement de ces troubles trouve sa place dans les modifications du schéma corporel.

Il en est de même pour les idées et délires hypocondriaques où les thèmes de transformation corporelle (absence, modifications dans la forme ou la substance du corps, etc.) n'occupent qu'une place réduite dans la grande variété clinique de ces états.

Enfin, il nous a paru logique, au lieu de chercher à diviser et à classer ces troubles d'après les modalités de leurs expressions cliniques (ce qui nous aurait amené à distinguer avec ANGYAL des cas de disparition par-

tielle ou totale du schéma corporel, de déformation à type de réduction ou d'augmentation des dimensions du corps, de sensations de déplacement du corps ou de ses parties, etc.), de chercher à déterminer le caractère essentiel et commun de ces troubles.

Or, il nous paraît évident qu'il s'agit, dans tous les cas, de constructions illusionnelles hallucinatoires.

Il ne nous est pas possible de reprendre ici tout le problème des hallucinations. Nous dirons seulement que les constatations cliniques journalières nous obligent à admettre, avec la plupart des auteurs, « l'unité » de l'activité hallucinatoire et à abandonner les subtiles et étroites classifications dont les définitions rigoureuses conduisent obligatoirement à écarter de l'hallucination définie « une perception sans objet » aussi bien les hallucinations visuelles, tactiles, auditives, génitales qui ont à leur base une donnée sensible du moi corporel, que les hallucinations dites psychiques qui ont à leur base une donnée sensible de la conscience. De même sont exclus de cette définition les troubles du schéma corporel que nous venons de décrire, que ce soient par exemple des sensations de distorsion ou de déplacement des membres à la base desquelles on trouve un objet : le corps, ou des phénomènes qui sont radicalement l'inverse d'une sensation comme les négations d'organes.

Pour Henri Ey, l'hallucination est un « trouble illusionnel de l'activité perceptive » en ce sens qu'elle consiste en la « projection d'une forme perceptive inadéquate à l'objet » et il définit plus généralement l'activité hallucinatoire « *une forme pathologique de la perception du monde objectif et subjectif, caractérisée par la projection inconsciente au cours de l'acte perceptif de formes subjectives dans le champ objectif et de formes objectives dans le champ subjectif* ». C'est cette définition que nous avons retenue car seule, à

notre avis, elle tient compte à la fois de l'unité du « fait » hallucinatoire tout en admettant une infinité de degrés dans la projection perceptive, la « perception sans objet » ne constituant qu'une « forme maxima et limite » (H. Ey) de l'activité hallucinatoire.

Ainsi, la notion de schéma corporel n'intervient plus que comme une tentative d'explication et nous avons d'ailleurs souligné au chapitre de l'historique qu'elle avait été introduite à l'occasion de phénomènes pathologiques qui l'exigeaient pour leur interprétation. Elle ne représente, en définitive, qu'une tendance à ramener au déficit d'une même fonction, au moyen d'un raisonnement par analogie des plus hasardeux, des troubles d'ordre neurologique tels que l'hémiasomatognosie des hémiplégiques et les idées de négation et de transformation du corps telles qu'on les rencontre en psychiatrie, à définir par le même mécanisme de persistance ou de « dépassement » de cette fonction, par exemple, le membre fantôme des amputés et l'hallucination autoscopique.

Vivement combattue par certains, vigoureusement soutenue par d'autres, la notion de schéma corporel n'a de valeur, en somme, que dans la mesure où l'explication qu'elle peut donner des troubles que nous avons décrits apparaît suffisante et peut être acceptée.

La « vieille notion de cénesthésie » qui paraissait suffire autrefois à résoudre le problème a été, depuis Bonnier, vivement critiquée par les « partisans » du schéma corporel qui pensent, dans ce concept, avoir introduit quelque chose de nouveau dont elle était dépourvue. Pour les autres, schéma corporel et cénesthésie ont des significations identiques.

Il semble cependant que l'on ne puisse pas purement et simplement ramener l'un à l'autre ces deux termes, le schéma corporel étant, en plus du « sentiment vague que nous avons de notre corps et du fonc-

tionnement de ses organes », une connaissance perpétuellement « mise à jour » non seulement d'existence mais de position et de situation, une connaissance spatiale et chargée d'intentionnalité.

Il nous paraît tout de même évident qu'il n'y a entre ces deux termes qu'une différence purement dialectique si l'on se place sur le plan de leur valeur explicative des troubles que nous étudions. Il revient au même, en effet, de dire d'un malade présentant un délire de négation qu'il a des troubles du schéma corporel, des troubles de la cénesthésie ou de l'image de soi (selon LHERMITTE) ou de la somatopsyché (selon WERNICKE) ou bien qu'il est atteint d'aschématie (selon BONNIER).

De toutes façons, cela revient à expliquer le tout par la partie, à considérer ces troubles comme la conséquence d'une seule perturbation sensitive ou sensorielle, à les réduire à l'état de phénomènes élémentaires. C'est ce qu'expriment clairement HÉCAEN et DE AJURIAGUERRA quand ils écrivent à propos des idées de négation : « L'atteinte de ses divers constituants à d'autres niveaux (que l'atteinte du dispositif cortical qui sous-tend l'image du corps) peut aussi bien en être responsable; les lésions périphériques de l'appareil vestibulaire peuvent aussi déterminer de brusques modifications de la personnalité. » D'ailleurs, ainsi que l'écrivait ANGLADE (de Bordeaux) même refoulée dans le cerveau « la théorie mécanique de l'hallucination reste aussi périphérique ». S'il est certain que des lésions de la région pariétale peuvent déterminer des troubles du schéma corporel, on ne peut pas affirmer que, dans les délires de négation et de transformation du corps, les hallucinations soient conditionnées par une altération lésionnelle ou biologique de cette région, pas plus qu'on ne peut affirmer qu'elles sont conditionnées par une altération biologique ou lésionnelle des éléments constitutifs périphériques de l'image du corps. Ce serait

admettre l'identité complète des processus neurologiques et psychiatriques et admettre en même temps la théorie mécaniciste de l'hallucination.

Nous ne pouvons retracer ici la genèse et l'histoire de cette théorie de « l'épilepsie des images » provoquée par une irritation des centres cérébraux et dont on a cru précisément trouver la confirmation dans le fait que des lésions cérébrales pouvaient provoquer des hallucinations.

Nous empruntons encore à H. Ey l'exposé des conclusions du travail de Schröder :

1° Les lésions cérébrales et sensorielles qui provoquent des troubles nerveux partiels, segmentaires, dimidiés, provoquent dans les sphères sensorielles atteintes *une diminution de l'activité perceptive* en même temps que des phénomènes hallucinatoires;

2° Les troubles hallucinatoires produits sont des *troubles hallucinosiques,* c'est-à-dire des troubles *sans retentissement psychique;*

3° Dans les cas où il s'agit de *véritables états* hallucinatoires, non seulement l'activité perceptive en cause, mais l'ensemble de la conscience et de la personnalité est troublé et bouleversé de façon durable.

C'est seulement à partir de ces constatations que nous pouvons établir une classification des troubles que nous étudions et distinguer :

1° Des troubles du schéma corporel qui sont de véritables états hallucinatoires caractérisés par la projection d'une forme perceptive inadéquate à l'objet, s'accompagnant d'un sentiment très vif de réalité; ce phénomène d'objectivation de l'image est concomitant et inséparable d'un bouleversement profond et durable de la personnalité et de la conscience. Ce sont des phénomènes de cet ordre que nous avons décrits dans la mélancolie et dans les états schizophréniques par exemple.

2° Des troubles du schéma corporel sans retentissement psychique, qui sont des états d'hallucinose, sans construction ou système de croyance délirante et qui, de plus, sont essentiellement transitoires. Telles sont les sensations de transformation ou de déformation corporelle que nous avons signalées, survenant au moment de l'endormissement, ou bien au cours ou à la suite de traitements psychiatrique ou bien au début ou à la fin de certaines infections et intoxications.

Dans le premier groupe, il s'agit de dissolutions « uniformes », d'une régression globale de la personnalité et de la conscience, et l'activité hallucinatoire, si elle peut dépendre d'un déficit partiel, d'une perturbation fonctionnelle localisée, ne s'y trouve rattachée que secondairement car elle se révèle comme un « mode de pensée » qui ne peut être déterminé par le déficit d'une fonction élémentaire. On ne saurait en effet confondre le délire avec l'expression d'une sensation anormale mais réellement perçue.

Tous les degrés sont évidemment possibles entre les dissolutions qui se situent aux niveaux supérieurs et où domine le trouble positif, c'est-à-dire la libération, la projection du contenu de l'inconscient et les dissolutions très profondes des états confusionnels et démentiels.

Dans le deuxième groupe, il s'agit de dissolutions isolées des fonctions perceptives élémentaires, de troubles négatifs de type neurologique tels que les membres fantômes des amputés, en tous points semblables aux constructions hallucinosiques des ophtalmopathes ou des hémianopsiques, caractérisées par l'état de lucidité et la possibilité de critique, ou bien de constructions hallucinosiques survenant à la faveur d'un fléchissement de la conscience vigile (états hallucinatoires hypnagogiques, crises hallucinatoires des auras).

Ce qui caractérise encore ces troubles, c'est que les premiers sont vécus par les malades comme des *événements,* ils sont indissociables d'une dissolution de la conscience qui perturbe considérablement « l'être au monde » dans ses rapports avec le réel. Les seconds, au contraire, sont vécus comme des *accidents* qui sont plus ou moins rapidement rejetés hors de la réalité, rectifiés, reclassés et « n'influent en rien sur le développement historique de la personnalité » (H. Ey).

Ce qui les distingue l'un de l'autre, ce n'est pas une différence de degré mais de structure et il n'est pas possible d'admettre que l'on passe de l'état d'hallucinose à l'état hallucinatoire psychotique par un simple accroissement d'intensité de la « projection », l'hallucination étant ainsi génératrice du délire. Il est vrai que certains cas peuvent prêter à confusion, soit que l'hallucinose soit juxtaposée à la psychose (intoxication mescalinique ou alcoolique par exemple, débutant par des phénomènes hallucinosiques), soit qu'elle soit intégrée à titre d'aliment dans le délire qui, lui, rend précisément compte d'une dissolution générale des fonctions psychiques.

Il est remarquable enfin que « même dans les formes les plus simples (états d'hallucinose) l'activité hallucinatoire est un trouble fort complexe qui, loin d'être radicalement séparé de tout élément psychique, est toujours mêlé à la personnalité, à la pensée intérieure, aux souvenirs, aux perceptions actuelles et notamment à l'activité inconsciente » (H. Ey).

Si, d'une part, l'explication mécaniciste des « hallucinations somatiques » par la théorie du schéma corporel nous paraît inacceptable, de même les théories purement psychogénétistes nous semblent insuffisantes, qui laissent en suspens le « pourquoi » de la libération instinctivo-complexuelle.

Si la première les réduit à n'être que des troubles neurologiques du type agnosique ou paresthésique qui

n'en sont la condition ni nécessaire ni suffisante, la seconde, elle, ne rend justement pas compte des conditions déterminantes de la régression à un stade archaïque ou de la libération complexuelle.

A notre avis, les troubles du schéma corporel (1) tels qu'ils apparaissent en pathologie mentale, ne sont qu'un des aspects de la part positive de toute psychose ou névrose, l'émergence et l'organisation de complexes instinctivo-affectifs, l'organisation d'un nouveau mode de pensée déterminée par une dissolution des fonctions psychiques située à des niveaux variables et qui constitue la « part négative ».

Dans cette perspective, la mélancolie apparaît comme l'expression d'une désorganisation de la conscience et de la personnalité, c'est-à-dire de l'ensemble des opérations psychiques qui assurent l'adaptation au réel d'un système de tendances instinctives se traduisant, en particulier, par la libération des tendances auto-destructives et l'organisation de systèmes délirants à thèmes pessimistes, que ce soient des idées d'indignité, d'auto-accusation, de culpabilité ou des délires de négation qui peuvent revêtir toutes les modalités, de l'idée obsédante aux états hallucinatoires de dépersonnalisation et d'identification au néant.

Les état oniriques caractérisent un niveau de dissolution plus profond. Le sujet vit un rêve, ou le plus souvent un cauchemar, qui est pour lui la seule réalité possible; l'abolition des cadres temporo-spatiaux est complète et cette libération de rêve et d'inconscient est vécue comme une donnée immédiate de la conscience et comme un événement ayant une valeur significative actuelle.

---

(1) Nous sommes contraint de conserver cette terminologie bien qu'elle nous paraisse tout à fait inadéquate, et nous pensons l'avoir démontré.

Dans les états schizophréniques où nous avons signalé la fréquence des « troubles du schéma corporel » au milieu d'autres manifestations délirantes à thème hypocondriaque, ces négations et transformations du corps sont vécues aussi comme des événements, ils font partie intégrante de la pensée schizophrénique, organisation pathologique de la « partie restante » d'une dissolution des fonctions psychiques caractérisée par l'impossibilité où se trouve le malade d'avoir une pensée claire et adaptée au réel.

Il en est de même dans les états démentiels où l'expression d'absence d'organes ou d'énormité corporelle du paralytique général conserve les caractères généraux des conceptions délirantes de ces malades et sont à la fois absurdes, mobiles, contradictoires, incohérentes et fragmentaires. Elles ne se présentent pas isolées mais mêlées dans un contexte démentiel à d'autres conceptions délirantes principalement mégalomaniaques.

Nous avons aussi signalé l'existence de ces troubles dans les psychoses séniles et préséniles et plus particulièrement dans les formes mélancoliques de ces processus d'involution. C'est alors un processus de dissolution différent qui réalise un tableau clinique identique à celui dont nous venons d'esquisser l'analyse.

Les troubles du schéma corporel que nous avons décrits dans un cas de démence aphaso-agnoso-apraxique sont du type neurologique, conditionnés par une atteinte cérébrale localisée et mise en évidence par l'encéphalographie. Ce sont des troubles agnosiques qui apparaissent comme une figure sur un fond de démence.

A ce modeste travail, des limites se sont imposées qui ne nous ont pas permis de lui donner l'étendue et la complétude que nécessitait un tel sujet. C'est ainsi que nous n'avons pu qu'effleurer, tout en nous efforçant d'en tracer les grandes lignes, quelques-uns des problèmes fondamentaux de la psychiatrie. A chaque

fois, nous avons tenté de préciser aussi clairement que possible notre position.

Avec le schéma corporel, en effet, se pose non seulement le problème de l'hallucination, mais plus que jamais, en raison même de l'ambiguïté de cette notion, que nous avons signalée dès le début, le problème des rapports du psychique et du physique, comme celui des rapports de la neurologie et de la psychiatrie.

Vu, le Doyen :
G. PORTMANN

Vu, bon à imprimer,
Le Président :
Pr. PERRENS

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux :
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA et HÉCAEN. — Le cortex cérébral. Masson, 1949.

ALAJOUANINE, THUREL, OMBRÉDANE. — Somatognosie et apraxie du membre supérieur gauche. (*Soc. Neur.*, mai 1935.)

ANDRÉ-THOMAS. — L'image de mon corps. (*Rev. Neurol.*, 74, n° 1, janv. 1942, p. 1-19.)

— L'image de notre corps ou le schéma corporel. (*Soc. de Neur.*, Paris, 10 juillet 1941.)

ANGYAL. — Zûr Bedentùng der Interparietalen syndrome bei der Schizophrenie. (*Arch. für. Psych.*, CII.)

— The experience of the body self in Schizophrenia. (*Archiv of Neur. and Psych.*, 35, I, 1936, p. 1029.)

BABINSKI. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie.) (*Rev. de Neur.*, 1914, t. I, p. 845.)

— Sur l'anosognosie. (*Rev. de Neur.*, 34, 1918, t. II, p. 365;*Rev. de Neur.*, 1923, t. I, p. 731.)

BADONNEL, AJURIAGUERRA, LECONTE. — Syndrome aphaso-agnoso-apraxique (sur les troubles de la notion du moi et de la notion spatiale dans une démence présénile). (*Ann. Méd. Psych.*, 1935, t. II, p. 798.)

BAILLARGER. — Rapports du délire hypocondriaque et du délire ambitieux. (*Ann. Méd. Psych.*, 1887, t. I, p. 363.)

BAIN. — Auto-représentation chez les hystériques. (*Thèse*, Paris, 1903.)

BALVET (P.). — De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires. (*Evol. Psych.*, 1936, fasc. IV, p. 3.)

BARE (J.-A.), CARINO D'ANDRADE. — Apraxie dite visuelle avec troubles spatiaux vestibulaires internes et troubles légers de la somatognosie. (*Rev. Neurol.*, vol. LXVI, 1936, p. 783.)

BARE, MARIN, KAYSER. — Etude clinique d'un nouveau cas d'anosognosie. (*Rev. Neur.*, 1923, t. I.)

BARRÉ. — Idées de négation dans la sénilité. (*Société de Psychiatrie*, 1911.)

BELEY. — Hypochondrie délirante schizophrénique et autre délire hypochondriaque. (*Gazette des Hôpit.*, novembre 1937.)

BELTHEM. — Zur lehre vom Phantom. (*Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.*)

BENEDEK (L.). — Des troubles du schéma corporel. (Analysé in : *Ann. Méd. Psych.*, oct.-nov. 1943, p. 299.)

BERLIOZ (Charles). — Essai sur l'obsession de négation. (*Thèse*, Paris, 1935.)

BLONDEL. — Mélancolie avec délire des négations. (*Encéphale*, 1913.)

— Délire systématisé de transformation et de négation chez un intermittent. (*Encéphale*, 1912.)

BONHOEFFER (K.). — Zur klinik und lokalisation des agramatismus und der rechts-links-desorientierung. (*Monatschrift f. P. u. N.*, LIV, 1923.)

BONNIER (P.). — L'aschématie. (*Ann. Méd. Psych.*, 1908, p. 137; *Rev. Neurol.*, 1905, p. 54, 15 mai et 30 juin.)

— Vertiges. Paris, 1893.

BRAVO (F.) (Santander). — L'autoscopie. (*Rev. Neurol.*, 1907.)

BROCHADO (Alberto) (Porto). — Le syndrome de Capgras. (*Ann. Méd. Psych.*, mai 1936, p. 706.)

BUVAT. — Auto-représentation organique dans l'hystérie. (*Gaz. des Hôp.*, 1902.)

CAMBRIEIS. — Psychonévrose obsédante de dépersonnalisation avec « moyens de défense » anti-dépersonnalisateurs. (*Encéphale*, avril 1931, p. 330.)

CAPGRAS, DAUMEZON. — Syndrome de Cotard atypique. (*Ann. Méd. Psych.*, déc. 1936, p. 806.)

CHAVANY, HOUDART. — Abolition partielle de l'image corporelle au cours d'une hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie. (*Presse Méd.*, 2 fév. 1946, p. 80.)

CLAUDE (H.). — Démonomanie et syndrome de Cotard. Rapports avec la mélancolie et le syndrome obsessionnel primitif. (*Ann. Méd. Psych.*, déc. 1940, p. 273.)

COMAR. — L'auto-représentation des organes. (*Rev. Neur.*, 1901, p. 490.)

— Auto-représentation chez les hystériques. (*Presse Méd.*, 1903.)

CONRAD (Kl.). — Das Kôrperschema. (*Z. f. d. Ges. N. u. P.*, 1933, p. 147, 346-369.)

COTARD (J.). — Du délire des négations. (*Arch. de Neur.*, 1882.)

— Délire d'énormité. (*Ann. Méd. Psych.*, 1888, p. 465.)

— Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse. (*Archiv. de Neur.*, 1884.)

COULONJOU et HÉCAEN. — Perturbation transitoire du schéma corporel après convulsivothérapie par électro-choc. (*Ann. Méd. Psych.*, juillet 1946, t. II, p. 142.)

CRÉMIEUX et CAIN. — Psychasthénie grave avec obsession de négation. (*Ann. Méd. Psych.*, 1948, t. II, p. 76.)

DAUMEZON, GUSDORF. — Ecriture en miroir du membre fantôme gauche d'un amputé délirant. Considérations sur le mécanisme hallucinatoire. (*Ann. Méd. Psych.*, fév. 1939, p. 278.)

DENY et CAMUS. — Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de conscience du corps. (*Ann. Méd. Psych.*, 1908, p. 134; *Rev. Neurol.*, 15 mai 1905.)

DIDE. — Les conditions anatomo-cliniques de l'intuition et de la représentation de soi-même et du monde extérieur. (Extrait des *Mémoires de l'Académie des Sciences, Inscription et Belles Lettres de Toulouse,* XII[e] série, t. XV, 1937, p. 299-334.)

DIDE. — Dépersonnalisation, déréalisation, aproprioceptivité. (Esquisse anatomo-clinique.) (*Ann. Méd. Psych.*, 1938, p. 95.)

DUGAS. — La cénesthésie. (*Journal de Psychologie,* 1924.)

EHRENWALD. — Verändertes Erlehen des Kôrperhildes mit konsekutive Wahrhildung bei linksseitigen Hemipligie. (*Monatschr. f. Psych.*, 1930.)

— Anosognosie und Depersonnalisation. (*Der Nervenarzt.*, 1931, vol. 4, p. 681-688.)

ENGERTH (C.). — Troubles du dessin chez les malades atteints d'auto-topoagnosie. (Zeichenstôrungen bei Patienten mit Autotopoagnosie.) (*Zeitschrift für d. Ges. Neur. and Psychiatrie,* 1933.)

EY (Henri). — Etudes psychiatriques. Desclée, De Brouwer édit., Paris, 1948.

— Les problèmes physio-pathologiques de l'activité hallucinatoire. (*Evol. Psych.*, t. II, 1938, p. 1-70.)

EY (H.), DE AJURIAGUERRA et HÉCAEN (H.). — Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie. Hermann édit., Paris, 1947.

FIDERN. — Ego feelings in dreams. (*Psychoanal. Quarterly,* 1932.)

FOERSTER (O.). — Ein Fall van elementares allgemeiner Somatopsychose. Afunktion der Sometopsyche. (*Monats. f. Psych. and N.*, vol. XIV, 1903.)

— Uber das Phantomglied. (*Medizinische Klinik*, n° 14, 1931.)

GARCIN, HADJI DIMO et VAREY. — Troubles du schéma corporel dans un cas de tumeur pariéto-temporale. (*Soc. de Neur. de Paris*, séance du 5 mai 1938.)

GERSTMANN (J.). — Zur Symptomatologie der Herderkrankungen im der Ubergangsregion der unteren Parietal und mittleren okzipitalhimwindung. (*Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, CXVI, Heft 5-6, 1930.)

— Fiengeragnosie. Eine Umschriebene Störung am eigenen kôrper. (*Wien. Klin. Wochschr.*, 37, 1924, p. 1010 et *Monatschr. f. Psych.*, 1918, vol. 44.)

— Fingeragnosie und insolierte Agraphie. (*Zeitschrift f. Dieges. Neur. u. Psych.*, 1927, vol. 108.)

— Problem of imperception of diseases and of Unpaired body territories with organ lesions. (*Arch. f. Neur. and Psych.*, déc. 1942.)

GLUCK (G.). — Sui disturbi delle schema comporeo in malati mentali comparticolore rigardo al eautoscopie. Schema corporeo e schema psichico. (*Riv. d. Neur.*, vol. XVI, I, p. 1, février 1946.)

GOLDSTEIN (K.). — The Organism. American Book Company, New-York, 1939.

— Uber die Abhängigkeit der Bervegungen von optischen vorgängen. (*Monatschrift f. Psych.*, 1923, t. LIV.)

GOLDSTEIN et GELB. — Uber den Einflus des vollständigen Verlustes des optischen Vorstellungsvermôgens, auf das taktile Erkennen. (*Zeitsch. f. Psych.*, t. XCIII, p. 919.)

— Zur Psychologie des optischen Wahrnemungs und Erkennungs vorganges. (*Zeits. für die Ges. Neur.*, 1918, 41.)

GUREWITCH. — Uber das interparietale Syndrome bei Geistes Krankheiten. (*Z. Ges. Neurol. Psych.*, CVL, 1932.)

— Weitere Beitrage zur lehre von interparietalen Syndrom bei Geistes Krankheiten. (*Z. Ges. Neur. Psych.*, CXLVI.)

— Altération du schéma du corps en rapport avec les troubles psycho-sensoriels dans les affections psychiques. (*Sovietskaia Nievropatologuia i Psychoguiguiena,* t. II, fasc. 3, 1933.)

GUTMAN (E).) et MACLAY (W.-S.). — Mescalin and depersonalization Therapeutic experiment. (*The Journal of Neur. and Psychopath.,* 1936, t. 16, p. 193.)

HARTMANN et SCHILDER (P.). — Köperinneres und Körperschema. (*Zeitschr. f. d. Ges. Neur. a. Psych.,* 1927, vol. 109.)

HEAD (H.). — On disturbances of the sensations. Brain, 1913.

— Studies in Neurology. London.

HEAD et HOLMES. — Sensory disturbances from cerebral lesions. Brain, 1911-1912.

HÉCAEN. — La notion de schéma corporel et ses applications en Psychiatrie. (*Evol. Psych.,* 1948, fasc. II, p. 75 à 118.)

HÉCAEN, DAVID, FRANQUET. — Hémiasomatognosie et troubles de la dénervation par tumeur pariétale droite. (*Soc. de Neur. de Paris,* séance du 12 nov. 1942.)

HENRY. — Délire de négation de la P.G. (*Thèse,* Paris, 1896.)

HESNARD (A.). — Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Paris, Alcan, 1909.

HEUYER (G.) et DUBLINEAU (J.). — Syndrome de dépersonnalisation chez un encéphalitique. (*Ann. Méd. Psych.,* fév. 1932, p. 204.)

HOFF (H.) et POTZL (O.). — Uber ein neues parieto-occipitales syndrom. Stôrungen des kôrper schema. (*Jahrbuch f. Psych. u. Neur.,* 52, 1935, p. 173-278.)

— Experimentale Nachbildung von Anosognosie. (*Zeitsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 137, p. 722, 1931.)

JOURNIAC. — Recherches sur le délire hypocondriaque. (*Thèse*, Paris, 1888.)

KIETZENELBOGEN (S.). — Hypochondrial complaints with special Reference to personnality and environnement. (*Am. Journ. of Psychiatr.*, 1941, p. 815-822.)

KLEIN. — Uber halluzinationen der körpervergrösserung. (*Mon. für Psych.*, 1928.)

KLEIN et SCHILDER. — The japanese illusion and the postural model of the body. (*Journal of Nerv. and Nervous Disease*, 1929.)

KOCH (J.) et STOCKERT (V.). — Störungen des Kôrperschemas und ihre Projektione in die Aussenwelt. (*Klin. Woch.*, mai 1935.)

KRISHABER. — La névropathie cérébro-cardiaque. Paris, 1873.

LAIGNEL-LAVASTÎNE, MIGNOT (Maurice). — Délire de négation récidivant avec idées d'immortalité. (*Ann. Méd. Psych.*, avril-mai 1941, p. 279.)

LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN. — Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse. (*Ann. Méd. Psych.*, octobre 1940, p. 144.)

LHERMITTE. — Sur l'apraxie pure constructive. Les troubles de la pensée spatiale et de la somatognosie dans l'apraxie. (*Encéphale*, n° 6, juin 1933, p. 413.)

— Désordre de la fonction hypnique et hallucinations. (*Ann. Méd. Psych.*, janv. 1938.)

— L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques. (*Rev. Méd. Fr.*, mars 1937.)

— L'image de notre corps. (Edit. : *Nouvelle Rev. Critique*, Paris, 1939.)

— De l'image corporelle. (*Revue Neurol.*, janv.-fév. 1942, n^{os} 1-2, p. 20-38.)

— Les visions d'un poète : Gabrielle d'Annunzio. (*Congrès d'Oto-Neuro-Ophtalmo.,* Bordeaux, avril 1938.)

LHERMITTE, HÉCAEN, COULONJOU. — Héautoscopie et onirisme, Le problème du double dans le rêve et le songe. (*Ann. Méd. Psych.,* t. II, p. 180-183, oct.-nov. 1942.)

LHERMITTE, LÉVY (Gabrielle), KYRIACO (N.). — Les perturbations de la représentation spatiale chez les apraxiques. (*Rev. Neur.,* 1925, t. II, p. 586.)

LHERMITTE, DE MASSARY et KYRIACO. — Le rôle de la pensée spatiale dans l'apraxie. (*Rev. Neur.,* 1928, t. II, p. 895-903.)

LHERMITTE, TCHERHAZI. — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques. (*L'Encéphale,* janv. 1937, p. 1.)

LHERMITTE, TISON. — Syndrome séméiologique compliqué d'altération de l'image corporelle. (*Ann. Méd. Psych.,* déc. 1943, p. 363.)

LHERMITTE, ZVONIMIR SUSIC. — Pathologie de l'image de soi. Les hallucinations des amputés. Etude clinique et pathogénique. (*Presse Méd.,* n° 33, 23 avril 1938.)

LONGHI (L.). — Le « Schéma corporeo ». (*Archivo di Psicologia, Neurologia Psichiatria e psicoterapia,* anno I, et III, nov. 1939, p. 47-182.)

LOUP. — Idées de négation dans les états hypocondriaques. (*Thèse,* Lyon, 1906.)

LURGE. — Etude sur le schéma corporel. (*Névropath.,* 1936.)

MALLET (R.) et BERLIOZ (Ch.). — Obsession de négation. (*Ann. Méd. Psych.,* 1933, t. I, p. 591.)

MARCHAND et AJURIAGUERRA. — Des troubles du schéma corporel au cours des accidents épileptiques. (*Ann. Méd. Psych.,* mars 1940, t. I, p. 252-259.)

MENNINGER, LERCHENTHAL. — Eine halluzination Gœthe. (*Zeitschr. f. d. Ges. Neur. und Psych.,* 1932, t. CXL, p. 486-496.)

— Der ligene Doppelgänger Psychotherapeutische Praxis. Wien, 1937.

— Das Truggebilde der eigenen Gestalt (Heautoskopie, Doppelgänger). (74e supplément de la *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie,* S. Karger, Berlin, 1935.)

MERLEAU-PONTY (M.). — Phénoménologie de la perception. N.R.F., Paris, 1945.

MIGNOT, LACASSAGNE. — Syndrome de Cotard chez une jeune fille de vingt ans. Guérison. (*Ann. Méd. Psych.,* 1937, t. I, p. 246.)

MINKOWSKI (E.). — Délire de négation chez un P.G. (*Evol. Psychiat.,* t. III, fasc. 2, p. 29 à 42, 1933.)

MIRA (E.). — Contribution à l'étude pathogénique du syndrome de dépersonnalisation (contribucion al estudio patogenico del sindrome de desperzonalizacion). (*Revista Medica* de Barcelone, t. XVIII, n° 107, nov. 1932, p. 445-460.)

MORLAAS (J.). — Ecriture en miroir et bilatéralisme humain. (*Encéphale,* 1939-1940-1941, n° 5, p. 493.)

NAUDASCHER. — Trois cas d'allucinations spéculaires. (*Ann. Méd. Psych.,* mars 1910, vol. 68, p. 284.)

PICK (A.). — Uber stôrungen der Orientierung am eigenen Kôrper. Berlin, Karger, 1908.

— Zur pathologie des ich-bewusstseins. Studie aus der Allgemeinen psycho-pathologie. (*Archiv f. Psych.,* 38, 1904, p. 22-33.)

— Zur Pathologie des Bewusstseins vom eigenen Kôrper. (*Neurol. Zentralbl.,* 1915, p. 257.)

— Stôrung der Orientierung am eigenen Kôrper. (*Psych. Fosschung,* 1922, t. I, p. 303-318.)

PINEAS (H.). — Mangel und krankheitsbewusstsein (u s w). (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.,* 1926.)

— Ein Fall von phantomähunlichen Erscheinungen bei hemiplegischer Lôhmung. (*Der Nervenarzt,* 1930.)

POTTIER (Cl.). — Perturbation de l'image corporelle dans un cas de psychose hallucinatoire chronique. (*Ann. Méd. Psych.,* 1944, t. I, p. 187.)

POTZL (O.). — Uber herderscheinumgen bei Läsionen der linken unteren Scheitellaffen. (*Med. Klin.,* n° 1, 1923, t. XIX.)

POUILLARD (G.). — Psychogenèse de la troisième dimension. (*Journal de Psych.,* 1934, n^{os} 1-2.)

RADOLSKY. — Das Syndrom der dynamischen Stôrung des Kôrpers Schemas. (*Der Nervenarzt,* 1935, fasc. VI.)

REDLICH (E.) et BONVINCI (G.) — Uber das fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei hirnerkrankungen. 29 janv. 1909.

RIMBAUD (L.). — Asomatognosie. (*Neurologie,* Doin édit., p. 23.)

RISER, DARDENNE, GAYRAL. — Perturbation du schéma corporel à type de « dyssomatognosie ». (*Ann. Méd. Psych.,* 1944, t. II, p. 19.)

SCHILDER (Paul). — The image and appearence of the human body. (*Psych. Monograph.,* n° 4, Kegan, Londres, 1935.)

— The vestibular Apparaties in Neurosis and Psychosis. (*J. Nerv. and Mental Dis.,* 1933.)

— Seele und Leben. Berlin, 1923.

— Das Kôrperschema. (*Medizinische Psychologie,* 1 vol., Berlin, 1924.)

— Psychoanalyse des Raumes. (*Imago,* 1936, t. XXII.)

— Localisation of body image. (*Assoc. f. Res. in New Memb. Dis.,* vol. 13, p. 446.)

SCHRÖDER. — (*Archiv. für Psychiatrie,* 1925.)

SÉGLAS. — Le délire des négations. 1 vol., 1897.

SIVADON. — Phénomènes autoscopiques au cours de la grippe. (*Ann. Méd. Psych.*, juil. 1937, p. 215.)

SOLLIER (P.). — Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation liés à une affection organique du cerveau. (*Encéphale*, oct. 1910, p. 257.)

— Autoscopie interne. (*Journ. de Psych.*, mai 1908.)

— Les phénomènes d'autoscopie. 1 vol., Alcan, 1903.

— Quelques cas d'autoscopie. (*Soc. de Psych.*, janv. 1908.)

STORRING (E.). — La dépersonnalisation. (*Archives für Psychiatrie und Nervenkrankenheiten*, 1933, vol. 98, fasc. 4; *Ann. Méd. Psych.*, mars 1934, t. I, p. 459.)

STOCKERT (V.). — Lokalisation und Klin. Differenzierung der Symptome der Nicht wahrnehmung. (*Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1934, t. I.)

— Orientierungsstôrungen am eigenen Kôrper und ihre Hirnpathologische Bedentung. (*Wien. Klin. Woch.*, 1936, p. 806.)

TOURNAY (A.). — L'asymétrie dans le développement sensitivo-moteur de l'enfant. (*Journal de Psychologie*, janv.-mars 1934, p. 135-143.)

VAN BOGAERT (Ludo). — Sur la pathologie de l'image de soi. (*Ann. Méd. Psych.*, 1934, p. 519, suite déc. 1934, p. 744.)

— De l'halgohallucinose aux troubles du schéma corporel. (*Ann Méd. Psych.*, oct. 1934, p. 423.)

— Sur la pathologie de l'image de soi. (*Ann. Méd. Psych.*, nov. 1934, p. 519.)

VICTORIA (M.). — La gnosia corporal. (*Revista Neurol.* de Buenos-Ayres, vol. VI, n° 2, avril-juin 1941, p. 179-246.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV°)